

Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester?

Michael 2024; 21: 39–51

doi:10.5617/michael.10950

Demografiske endringer vil legge et stort press på framtidens helse- og omsorgstjenester. Vi oppsummerer hva framskrivninger av demografi og helsepersonellbehov og tilgang på helsepersonell samlet kan fortelle oss om mulige scenarier framover.

Friskere aldring og økt familieomsorg vil neppe redusere det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester ettersom økt levetid ikke har resultert i klart lavere tjenestebruk det siste tiåret, og at det i snitt vil bli færre pårørende per eldre i årene som kommer. På tjenestesiden vil det bli avgjørende med fortsatt arbeidsinnvandring, økt utdanning av sykepleiere og helsefagarbeidere samt en kraftinnsats for å beholde helsepersonell i arbeidslivet, og da spesielt i offentlig sektor.

En bevisst planlegging for en beskjedent vekst i offentlige helse- og omsorgstjenester kan gjøre det mindre attraktivt å arbeide der, samtidig som det kan bidra til økt sosial ulikhet ved at ressurssterke eldre og deres pårørende heller velger private løsninger. Samlet sett kan disse faktorene virke selvforsterkende og bidra til et todelt helsevesen.

I årene som kommer, vil demografiske endringer, spesielt aldring, legge stort press på framtidens helse- og omsorgstjenester, både med hensyn til hva det vil kreve av økonomiske ressurser, men også hva dette vil bety for behov for arbeidskraft i sektoren. Samtidig vil det økonomiske handlingsrommet bli snudd til et innstrammingsbehov både på kort og lang sikt (1).

I denne artikkelen diskuterer vi Helsepersonellkomisjonens anbefaling om å styre mot en minimumsvekst i helse- og omsorgstjenesten, dels begrunnet med friskere aldring og økt familieomsorg (2).

I hvilken grad mangler Norge hender til å dekke vekst i helse- og omsorgsbehovet på kort og lang sikt? Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester?

Metode

Vi oppsummerer ulike scenarioer over antatte hovedbrukere av framtidens helse- og omsorgstjenester, hva det kan være rimelig å anta om helsen, familieomsorg og behovet for tjenester for framtidens eldste, hva det framskrevne behovet vil være for helsearbeidere og hvilket tilfang som kan realiseres.

Vi baserer oss i stor grad på eksisterende framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB), spesielt befolkningsframskrivninger samt framskrivninger av tilbud og offentlig etterspørsel etter helsepersonell. Vi gjør også egne beregninger knyttet til dagens helse- og omsorgstjenester og personellsituasjonen i disse.

Eksisterende framskrivninger

SSBs befolkningsframskrivninger tar utgangspunkt i dagens befolkning fordelt etter alder og kjønn og innvandrer kjennetegn og legger på forutsetninger om utviklingen i framtidige fødselstall, innvandring, utvandring og levealder (3). Vi baserer vi oss på hovedalternativet hvor mellomanslagene for fruktbarhet, innvandring og levealder er lagt til grunn.

Vi bruker anslag for tilbud og etterspørsel etter helsepersonell slik de framkommer i publikasjoner av Jia et al. (4) og Holmøy et al. (5). Beregninger av tilbudssiden framskrives på bakgrunn av data på sysselsatte med relevante helseutdanninger etter kjønn og alder. Tilgang og avgang inkluderer nye arbeidstakere, de som har forlatt feltet, samt arbeidsinnvandring. Resultatet er en netto tilgang (uttrykt som prosentandel av den totale arbeidsstokken) som holdes konstant framover. For å estimere det totale tilbudet av årsverk multipliseres totalt antall personer i arbeidsstyrken med andelen yrkesaktive og deres gjennomsnittlige arbeidstid (etter kjønn og alder).

Beregninger av etterspørselssiden er begrenset til offentlig sektor og tar utgangspunkt i en antatt etterspørsel, basert på brukerfrekvenser av tjenester etter kjønn og alder (6). Årsverk beregnes ved å ta utgangspunkt i årsverk per unike bruker dividert på standard minus produktivitet i år y . Deretter multipliseres dette med antall unike brukere dividert med brukerfrekvenser samme år ganget med totalt antall framtidige personer. Det gjøres også ulike antakelser om framtidig helsetilstand og familieomsorg. Referansealternativet forutsetter en 0,5 % årlig økning i årsverk per bruker (1 % vekst i tjenestekvalitet minus 0,5 % arbeidsbesparende produktivitet), bedre helse fra 55 års alder og konstant familieomsorg. Minimumsalternative forutsetter 0,5 % reduksjon i årsverk per bruker, bedre helse fra 55 års alder og økt familieomsorg.

Egne beregninger

Vi viser oppdaterte beregninger av aldersjusterte brukerfrekvenser for helse- og omsorgsårsverksbruk dersom friskere aldring skal realiseres mot 2040 og ser denne i sammenheng med FNs familiekoefisient. Vi ser også kort på det historiske bidraget av arbeidsinnvandring for helse- og omsorgsårverk.

Resultater

Demografisk utvikling

Folketallet i dag er 5,5 millioner, og fordelingen av personer i ulike aldersgrupper er hensiktsmessig: Det er 3,3 millioner i hovedarbeidsalder (20–66 år), mens 645 000 er 67–79 år og 246 000 er 80 år eller eldre (7).

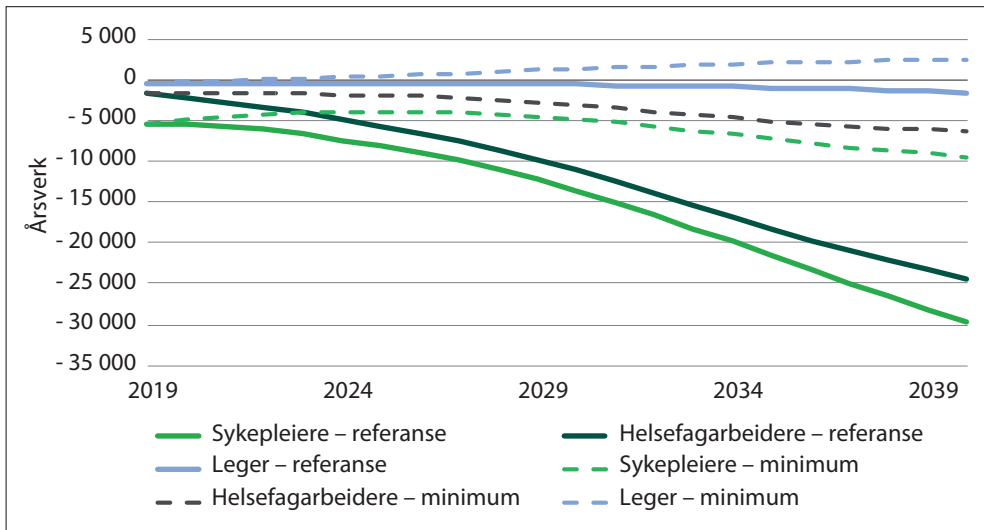
SSB framskriver fortsatt befolkningsvekst, men utelukkende i de eldste aldersgruppene. Ifølge hovedalternativet vil gruppen som er 67 år og eldre, øke med 50 % mot 2040 (fra nær 900 000 til rundt 1,3 millioner) mens gruppen som er 80 år og eldre, vil mer enn dobles (fra 246 000 til rundt 496 000). Økningen i antallet 90- og 100-åring er særlig sterk (fra 46 000 til 108 000).

Antall personer i hovedarbeidsalder holder seg relativt stabilt, men andelen de utgjør, vil synke fra dagens 61 % til rundt 57 % mot 2040. Den potensielle arbeidsstyrken blir altså relativt sett *mindre* framover. Samtidig blir den også *eldre*. Siden innvandrere vil utgjøre en økende andel av alle i hovedarbeidsalder framover, blir den også mer *heterogen*. Hvor mye aldring og økt innslag av innvandring vil bety for tilgangen på helsepersonell, vil avhenge av om framtidens eldre ønsker å stå lenger i jobb, har tilstrekkelig helse til å arbeide, i hvilken grad innvandrere vil ta arbeid i helse- og omsorgstjenestene og om arbeidsoppgaver og arbeidsforhold tilpasses en eldre og mer heterogen gruppe av arbeidstakere slik at helse- og omsorgstjenestene evner å inkludere og beholde dem (8).

Tilgangen til helse- og omsorgspersonell

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten er stor, og i 2019 (før pandemien) besto den av nær 315 000 årsverk, noe som tilsvarer 13 % av alle utførte årsverk. Som vist i figur 1, er det allerede mangel på helse- og omsorgspersonell, særlig sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette vil forsterkes framover.

Det er markante forskjeller i aldersfordelingene i de ulike tjenestene mellom ulike utdanningsgrupper. De «nye» helsefagarbeiderne er yngre enn de tradisjonelle hjelpepleierne. Arbeidsinnvandring har imidlertid ført til de største endringene: Mens innvandrere i enkelte årskull i 30-årene utgjorde opp mot 19 % i 2010, var det tilsvarende tallet hele 45 % i 2022 (egne beregninger).



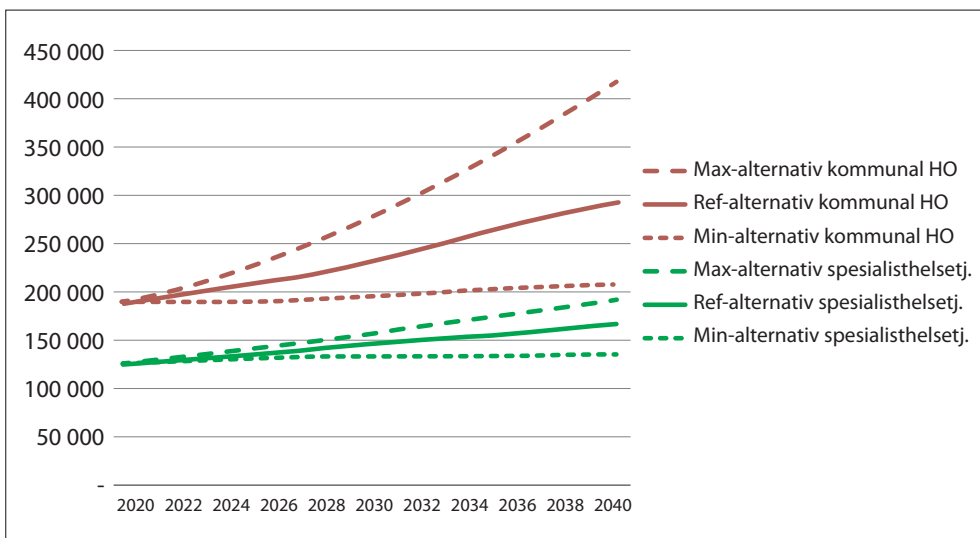
Figur 1. Ulike framskrivinger av mangel på helsepersonell

Kilde: SSB, egen figur med utgangspunkt i tall fra Jia et al. (4)

Figur 2 viser at behovet for årsverk øker markant i referansealternativet, og det er særlig somatiske spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester som vil merke aldringen. I minimumsalternativet, en beskjeden vekst som Helsepersonellkommissjonen foreslår å styre etter (2, s. 278), er økningen mot 2040 langt mer moderat (9 %). Maksimumsalternativet (1 % økning i årsverk per bruker, kontant helse og konstant familieomsorg) gir en særs kraftig vekst, spesielt i de kommunale tjenestene.

Ifølge Holmøy et al. har den historiske veksten i årsverk i den offentlige helse- og omsorgstjenesten vært mindre sterk enn den som framskrives videre: Fra 1980 til 2000 var veksten på 3,1 %, mens den var 2,4 % fra 2000 til 2019 (5). For perioden sett under ett forklarte demografiske endringer halvparten av veksten (53 %). Ifølge de samme beregningene vil den årlige vekstraten framover være 1,8 % i referansealternativet og 0,4 % i minimumsalternativet. Veksten skyldes primært at det vil bli flere eldre med store naturlige behov, og ikke en markant økning i standarden på tjenestene (5).

Økningen mot 2040 varierer på tvers av tjenesteområdene: I minimumsalternativet er den på 26 % for institusjonsbasert omsorg, 13 % for somatiske spesialisthelsetjenester og bare 3 % for helsetjenester i hjemmet. De tilsvarende tallene i referansealternativet er henholdsvis 55 %, 39 % og 27 %.

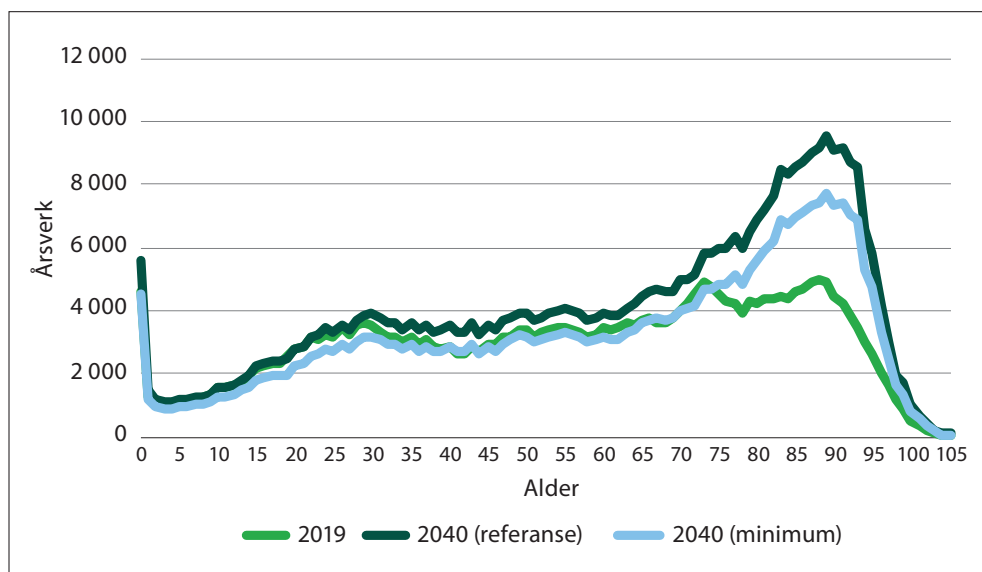


Figur 2. Ulike framskrivinger av etterspurte årsverk i helse- og omsorgstjenestene etter tjenesteområde. Figur fra datagrunnlaget brukt i Holmøy et al. (5), vist som figur 1.3 i (2).

Framtidens eldre brukere av helse- og omsorgstjenester

Figur 3 viser årsverk for 2040 i referansealternativet (424 000) og minimumsalternativet (344 000). I 2019 ble rundt 30 % av årsverkene brukt på gruppen 80 år og eldre. Denne andelen vil ifølge referansealternativet øke til 50 % mot 2040 fordi de store etterkrigskullene snart vil passere 80 år – en alder som fører til økt bruk av både helse- og omsorgstjenester. Selv om det forventes en viss økning i årsverksbruk også blant de under 80 år (15 % i referansealternativet), er veksten klart sterkest blant de som har passert 80 år (90 %). Økningen for de eldste er imidlertid også tydelig i minimumsalternativet.

Mange av framtidens eldre (og deres voksne barn) vil ha høyere utdanning og relativt god økonomi (9). Dermed kan det være at gruppen har større forventninger til helse- og omsorgstjenestene. Samtidig vil det også være en større andel eldre enn før uten barn, med brokete familiehistorier og innvandringsbakgrunn, som vil ha implikasjoner for økonomiske ressurser (9). Bruk av omsorgstjenester er nært knyttet til sosiodemografiske og -økonomiske ressurser i Norge, og de med færrest ressurser bruker flest (og mest) tjenester (10). Oppsummert vil framtidens brukere av helse- og omsorgstjenester være flere, eldre og mer heterogene med hensyn til innvandringsbakgrunn (11), og de vil ha færre (og eldre) nære familiemedlemmer (12).



Figur 3. Forbruk av årsverk i helse- og omsorgstjenestene i 2019 og framskrevet i 2040
 Kilde: SSB, egne beregninger. Begge framskrivningene tar utgangspunkt i proporsjonal familieomsorg

Friskere aldring

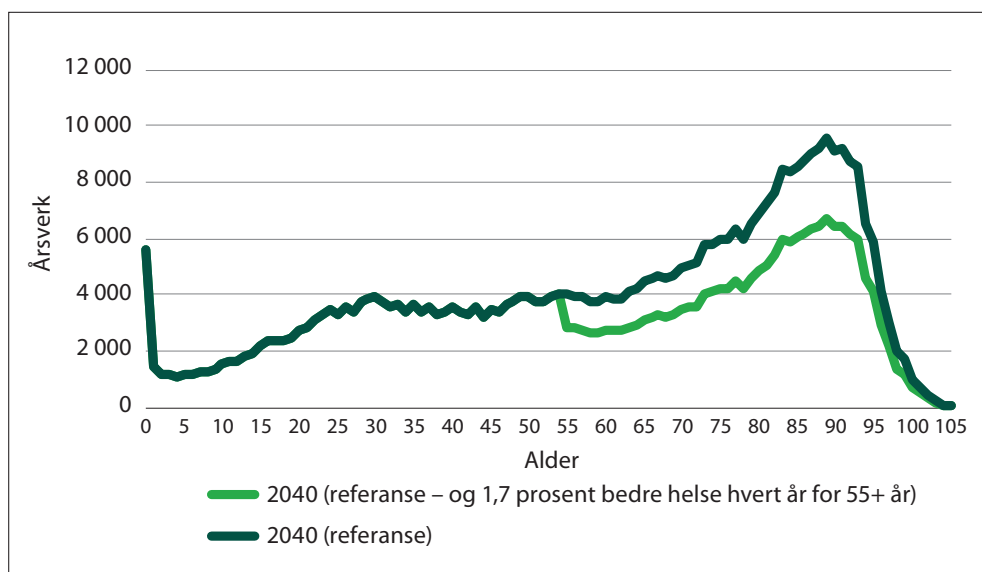
Friskere aldring er et flertydig begrep. I de tidligere omtalte framskrivningene av tilbud og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester og -personell er friskere aldring definert som lavere brukerfrekvenser fra og med 55 års alder, ettersom gjenstående levetid øker for denne gruppen (5). Friskere aldring kan også inneholde momenter knyttet til bedre selvopplevd helse, at man objektivt sett er sprekere, har færre langvarige helseproblemer og sykdommer eller er mer selvhjulpen i dagliglivet.

Enkelte studier viser at levealderen har økt raskere i noen undergrupper med helseproblemer enn i befolkningen ellers (13, 14), dels fordi mange nettopp *behandles* for sykdommer, og overlever (15). Levetidsøkningen kan derfor reflektere noe annet enn at det er de friske og sterke som overlever, eller at sykdommer inntreffer senere i dag enn tidligere. Dermed trenger ikke friskere aldring, definert som økt gjenstående levetid ved 55 års alder, nødvendigvis å føre til et redusert tjenestebehov. Det kan også bidra til et *økt* behov for helse- og omsorgstjenester.

Historiske tall, justert for endringer i aldersstrukturen, viser at det har vært en kraftig økning i antall behandlinger ved somatiske sykehus det siste tiåret for alle over 60 år, selv om det har vært et «gunstig» skift fra døgn- til

dagbehandling og antallet liggedager er sterkt redusert (16). Framover planlegges det for enda mer dagbehandling, men doblingen av 90- og 100-åring (hvorav mange kanskje klarer seg marginalt hjemme i utgangspunktet) kan gjøre dette vanskelig å realisere. For offentlige omsorgstjenester er bildet noe annerledes: Ressursbruken er redusert for helsetjenester i hjemmet, både totalt og målt per bruker, dels fordi eldre er blitt mer selvhjulpne (17), men kanskje også fordi terskelen for å få hjelp har blitt høyere (18). Det har også vært en reduksjon i institusjonsbruk (19). Dermed kan reduserte brukerfrekvenser bli en realitet for disse tjenestene (18) om ikke den framskrevne økningen i demensforekomst (20) dreier tjenestebehovet i motsatt retning.

Figur 4 gir en hypotetisk illustrasjon på hvor mye brukerfrekvensene vil måtte begrenses fra og med 55-årsalderen for å nå årsverksanslaget i minimumsalternativet (N=344 000) om øvrige forutsetninger i referansealternativet legges til grunn. Vi ser at det er en betydelig reduksjon som må til. Det er ikke før man fyller 74 år at man vil ha samme brukerfrekvens som 55-åringene i referansealternativet. Målt i forbruk av helsetjenester må man altså bli nær 20 år yngre fram mot 2040.



Figur 4. Eksempel på hva friskere aldring kan bety for årsverksinnsatsen i 2040
 Kilde: SSB, egne beregninger. Proporsjonal familieomsorg ligger til grunn for begge framskrivningene. Alternativet med sterkt friskere aldring tar utgangspunkt i at det samlede årsverksantallet skal tilsvare minimumsalternativet.

Økt familieomsorg

Familieomsorg er et moment som ofte nevnes både i forskning og politikk. Anslagene for hvor stort bidraget faktisk er, varierer (21). I framskrivingene vi viser til, er 90 000 årsverk lagt til grunn, og da er ikke personer i egen husholdning medregnet (5). I hvilken grad dette eller et høyere antall er et realistisk mål også framover, er mer uklart. Familiiekoeffisienten (forholdstallet mellom antallet 50–66 år og 85 år og eldre) vil halveres i løpet av det neste tiåret, fra rundt 10 til 5. Dette skyldes økt levealder og store kull som passerer 85 år, med relativt få barn.

Dagens offentlige omsorgstjenester bidrar i stor grad til å utjevne sosiale forskjeller knyttet til egne og nære pårørendes ressurser (10). Om dette ikke vil bli mulig i årene som kommer, kan det bli langt større forskjeller mellom de med flere og færre sosiale og økonomiske ressurser, og ikke minst blant eldre med og uten familie.

Diskusjon

Vi har vist at friskere aldring og økt familieomsorg neppe vil redusere det framtidige behovet for helse- og omsorgstjenester. På tjenestesiden vil det blir avgjørende med fortsatt arbeidsinnvandring, økt utdanning av sykepleiere og helsefagarbeidere samt en kraftinnsats for å beholde helsepersonell i arbeidslivet.

Velferdsteknologi trekkes ofte fram som viktig for å spare helsepersonell. Helsepersonellkommisjonen skriver at «velferdsteknologiske hjelpemidler og digitale verktøy ... kan styrke både den enkelte og deres omgivelser til å kunne utføre oppgaver som bidrar til å senke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester fra kommunene og sykehus» (2, s. 279). Selv om dette ofte vil stemme, og særlig i omsorgstjenestene, kan det stilles spørsmål ved den samlede gevinsten gitt at det vrir forbruket over mot andre deler av helsetjenesten (22). De mer pessimistiske påpeker også økt ensomhet som en mulig negativ konsekvens av velferdsteknologi (23). Samtidig har det vært en vekst i velferdsteknologibruk også historisk (5). Denne veksten kan primært ha bidratt til bedre tjenester heller enn effektivisering gitt at nær halvparten av den historiske årsverksveksten skyldes andre forhold enn aldring (5).

Et annet moment er (økt) arbeidsinnvandring. Arbeidsinnvandring har vært viktig for tilgangen av helsepersonell historisk, og Norge har en høyere lege- og sykepleierdekning enn mange andre land (4). Dette kan dels skyldes vår utstrakte geografi, at familieomsorg er langt mindre vanlig, men også at vi har en høy levealder som samlet sett gir et høyt forbruk av helse- og omsorgstjenester (jf. figur 3). Slik vi vurderer det, vil arbeidsinnvandring være en viktig kilde til helse- og omsorgspersonell også framover.

Utdanningstilbudet for helsefaglige utdanninger i Norge har også betydning. Helsepersonellkommisjonen konkluderer med at «økt utdanningskapasitet innen helse- og omsorgsutdanninger ikke løser bemanningsutfordringene». De vektlegger likevel at «Norge må være tilstrekkelig selvforsynt med helsepersonell» (2, s. 18). Mens det for enkelte grupper, som leger, er mange søkere til få plasser, er det problemer med å fylle studieplasser ved enkelte sykepleierutdanninger. Slik vi tolker SSBs framskrivinger, haster det mest med å utdanne sykepleiere og/eller helsefagarbeidere, avhengig av i hvilken grad den planlagte oppgaveglidningen lar seg gjennomføre i praksis. Økt oppmerksomhet på å beholde allerede kvalifisert personell vil også være viktig selv om studier av sykepleiere viser at de fleste bruker utdanningen på relevante måter, i og utenfor pasientnært arbeid – i og utenfor sektoren (24).

Helsepersonellkommisjonens hovedkonklusjon er at «... helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan økes vesentlig» (2, s. 13). Slik vi ser det, er det et for optimistisk syn på potensialet for effektivisering, friskere aldring og familieomsorg som ligger til grunn for anbefalingen. Slik vi vurderer det, vil et mangelfullt offentlig helse- og omsorgstilbud med stor sannsynlighet føre til en vekst i det private tilbudet.

Styrker og svakheter ved vår analyse

Hovedstyrken ved vår analyse er at den er tverrfaglig orientert og inkluderer perspektiver fra samfunnsøkonomi, samfunnsmedisin og sosiologi. Den bygger i stor grad på allerede publiserte tall, men ser disse i sammenheng og stiller spørsmål ved enkelte av forutsetningene som er gjort. Samtidig supplerer vi med egne, oppdaterte beregninger.

Alle framskrivinger er per definisjon beheftet med iboende usikkerhet, men graden varierer. Anslag på antallet framtidige eldre er nokså sikre (3). Hvor friske eller syke de vil være, er imidlertid mer usikkert. Også påfyllet av yngre, både i form av barnefødsler og spesielt innvandring, er mindre sikkert. Likeledes gjelder for framtidig arbeidsdeltakelse og avgangsalder samt i hvilken grad personer i yrkesaktiv alder vil bidra i (offentlige) helse- og omsorgstjenester og med skatteinntekter. Det er også usikkert hvilket tidsperspektiv innvandrere som bidrar i helse- og omsorgstjenesten, har for sitt norgesopphold. Også anslagene for familieomsorg er usikre, både i dag (21) og i tiden framover (5, 12). Likeledes er omfanget av privat, ideell og offentlig omsorg i framtiden en ukjent størrelse.

Hva kan bli konsekvensene av en dårligere bemannet tjeneste?

Den demografiske utviklingen tilsier at det vil bli flere brukere med store naturlige behov. Dersom de offentlige helse- og omsorgstjenestene blir ansett som utilstrekkelige, kan markedet for private og ideelle tilbud vokse sterkt. Det kan bety at både ansatte og potensielle brukere i helse- og omsorgstjenesten kan tenke seg å velge bort (deler av) det offentlige tilbudet. Spørsmålet blir da hvem som kan kjøpe slike tjenester som erstatning for et 'utilstrekkelig' offentlig tilbud. Om det bare er de mest ressurssterke som kan handle i det private markedet, vil dette bidra til økt sosial ulikhet i både helse og velferd (25).

For pårørende kan begrensede offentlige omsorgstjenester føre til økt press om å bidra mer i uformell omsorg. Pårørenderollen kan gi helsebelastninger (26) og også gjøre det vanskelig å bidra fullt i arbeidslivet (27) og dermed gi uheldige økonomiske konsekvenser for familiene det gjelder. Samtidig er det et politisk ønske at eldre skal øke arbeidsdeltakelsen (28). Hvorvidt dette er forenelig med utstrakte omsorgsoppgaver på hjemmebane, er høyst usikkert.

Ifølge Helsepersonellkommissjonen kan økt produktivitet og effektivisering av tjenestene gjøre at «fremtidens helsepersonell kan betjene og behandle flere pasienter og brukere enn i dag, uten at det går på bekostning av kvaliteten på tjenestene» (2, s. 280). En dårligere bemannet tjeneste kan gi økte personalbelastninger (29, 30), noe som igjen kan slå ut i økt forbruk av helserelaterte ytelser, i høyere turnover samt lavere avgangsalder fra yrket (31).

Lønnsforhold vektlegges sterkt av dem som jobber i helsetjenestene (32). Helsepersonellkommissjonen peker i stedet på andre og «mykere» virkemidler som arbeidsforhold og arbeidstid, oppgavedeling samt utdannings- og kompetanseutviklingstiltak. Hvorvidt dette vil være tilstrekkelig i konkurransen om arbeidskraft framover, og særlig innenfor offentlig helse- og omsorg, er ikke opplagt. Danmark har valgt en annen strategi og har øremerket midler til lønnsloft (33). Tilsvarende argumenter om konkurranse-dyktige lønns- og arbeidsforhold framheves også i en motmelding til Helsepersonellkommissjonen (34).

Selv om arbeidsoppgavene kan bli mer spennende ved oppgavedeling og/eller oppmerksomhet på kjerneoppgaver, og dette kan bidra til å øke trivsel og motivasjon (29), kan det å være alene på vakt og ha et uforholdsmessig stort ansvar også være en påkjenning (35). På tilgangssiden kan det bli ansett som mindre attraktivt å velge denne typen utdanning, som igjen kan føre til økte rekrutteringsproblemer.

Et mål om en beskjeden vekst på rundt 30 000 årsverk (9 %) i offentlige helse- og omsorgstjenester fram mot 2040 kan gjøre det mindre attraktivt å arbeide der, samtidig som det kan bidra til økt sosial ulikhet ved at ressurssterke eldre og deres pårørende vil velge private løsninger. Disse faktorene kan bli samvirkende og selvforsterkende og dermed bidra til et todelt helsevesen.

Litteratur

1. Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen*.
2. Norges offentlige utredninger. NOU 2023: 4. *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.
3. Thomas M, Tømmerås A. *Norway's 2022 national population projections*. Rapport 2022/28. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2022.
4. Jia Z, Kornstad T, Stølen NM et al. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Rapport 2023/2. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2023.
5. Holmøy E, Hjemås G, Haugstveit F. *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk*. Rapport 2023/3. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2023.
6. Hjemås G, Holmøy E, Haugstveit F. *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. Rapport 2019/12. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2019.
7. Statistisk sentralbyrå. *Befolkning*. 2023. www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning.
8. Tønnessen M, Syse A. Flere eldre innvandrere i framtidens arbeidsstyrke. *Søkelys på arbeidslivet* 2021; 38: 4–22.
9. Rogne AF, Syse A. *Framtidens eldre i by og bygd: befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse*. Rapport 2017/32. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2017.
10. Syse A, Artamonova A, Thomas M et al. Do characteristics of family members influence older persons' transition to long-term healthcare services? *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 362.
11. Syse A, Tønnessen M. Flere eldre innvandrere blant framtidens brukere av omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2022; 8: 8–29.
12. Blix BH, Stalsberg H, Moholt J-M. Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2021; 7: 1–14.
13. Meyer AC, Drefahl S, Ahlbom A et al. Trends in life expectancy: did the gap between the healthy and the ill widen or close? *BMC Med* 2020; 18: 41.
14. Ebeling M, Meyer AC, Modig K. The rise in the number of long-term survivors from different diseases can slow the increase in life expectancy of the total population. *BMC Public Health* 2020; 20: 1523.
15. Miller AC, O'Reilly D, Kee F et al. Multimorbidity, activity limitation and self-reported health all predict mortality risk, but better measures were required. *J Clin Epidemiol* 2022; 144: 144–162.

16. Statistisk sentralbyrå. *Pasienter på sykehus*. 2023. www.ssb.no/statbank/table/10261.
17. Storeng SH, Overland S, Skirbekk V et al. Trends in disability-free life expectancy from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education. *Scand J Public Health* 2021; 14034948211011796.
18. Chang M, Michelet M, Skirbekk V et al. Trends in the use of home care services among Norwegians 70+ and projections towards 2050. *Scand J Caring Sci* 2023; 37: 752–765.
19. Statistisk sentralbyrå. *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. 2023. www.ssb.no/statbank/table/11644.
20. GjØra L, Strand BH, Bergh S et al. Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway. *J Alzheimers Dis* 2021; 79: 12131226.
21. Helsedirektoratet. *Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien*. 2022.
22. Sten-Gahmberg S, Pedersen K, Harsheim IG et al. Pragmatic randomized controlled trial comparing a complex telemedicine-based intervention with usual care in patients with chronic conditions. *Eur J Health Econ* 2024, doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-023-01664-w>
23. Karlsen C, Moe CE, Haraldstad K et al. Caring by telecare? A hermenetic study of experiences among older adults and their family caregivers. *J Clin Nurs* 2019; 28: 13001313.
24. Hjemås G, Syse A. Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse. *Sykepleien Forskning* 2023; 18 (93304)(e-93304).
25. Syse A, GrØholt EK, Madsen C et al. *Sosiale helseforskjeller*. I: Folkehelse rapporten: Helsestilstanden i Norge. 2022. www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller.
26. Bom J, Bakx P, Schut F et al. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist* 2019; 59: e629-e42.
27. Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing* 2015; 8: 113-145.
28. Fredriksen D, StØlen NM. *Utforming av ny alderspensjon i folketrygden*. Rapport 2011/22. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2011.
29. Kohnen D, De Witte H, Schaufeli WB et al. What makes nurses flourish at work? How the perceived clinical work environment relates to nurse motivation and well-being: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2023; 148: 104567.
30. Bratt C, Gautun H. Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *J Nurs Manag* 2018; 26: 1074–1082.
31. Eurofund. *Working conditions and workers' health*. Luxembourg: PO European Union; 2019.
32. Statistiska centralbyrån. *SjukskØterskor utanför yrket*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2017.
33. Norges offentlige utredninger. NOU 2023: 30. *Utfordringer for lønnsdannelsen og norsk økonomi*.

34. Oslo legeforening, red. *Motmelding til NOU 2023: 4*. Oslo: Oslo legeforening, 2023.
35. Kohnen D, De Witte H, Schaufeli WB et al. Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. *Hum Res Health* 2024; 22: 8.

Astri Syse

Astri.syse@fhi.no

Senter for evaluering av folkehelseiltak og Avdeling for fysisk helse og aldring

Folkehelseinstituttet

Postboks 222 Skøyen

0213 Oslo

Astri Syse har bakgrunn fra samfunnsmedisin og demografi og er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet.

Geir Hjemås

geir.hjemas@ssb.no

Avdeling for person- og sosialstatistikk

Statistisk sentralbyrå

Geir Hjemås har bakgrunn som sosiolog og er seniorrådgiver og medansvarlig for framskrivinger av helsepersonell i Statistisk sentralbyrå.

Artikkelen er fagfellevurdert