

Aldring i Norge

Marianne Tønnessen

Forskningsavdelingen, Statistisk sentralbyrå

For femti år siden var hver 13. person i Norge 70 år eller mer. I dag er hver niende person så gammel. Og om femti år kan hver femte person i Norge være 70 år eller mer. Likevel er ikke aldringen i Norge spesielt sterk sammenliknet med andre land.

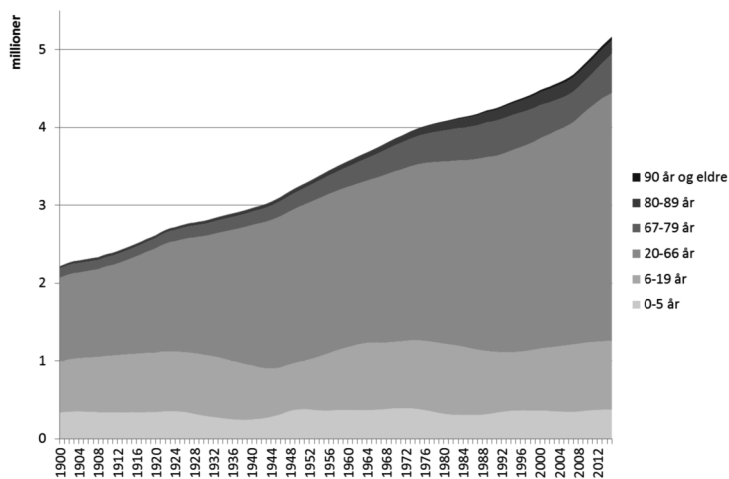
Aldringen av befolkningen er en tung trend som har preget og vil fortsette å prege det norske samfunnet. Denne artikkelen beskriver hvordan aldringen i Norge har utviklet seg til nå, hvordan den kan komme til å bli framover, og hva slags konsekvenser dette kan få.

Norge er blitt eldre

De siste hundre årene er befolkningen i Norge blitt betydelig eldre. Figur 1 viser hvordan antall personer i ulike aldersgrupper har utviklet seg siden år 1900. De nederste to lagene i figuren er 0–5-åringer og 6–19-åringer, og det er nesten påfallende hvor stabilt antallet barn og unge har vært i Norge de siste hundre årene. Lav fruktbarhet i 1930-årene medførte færre barn før krigen og færre unge i 1940-årene, noe som gir noen bølger i figuren, men stort sett har tallet på barn og tenåringer i Norge ligget på rundt én million.

I de eldre aldersgruppene, derimot, har det vært en betydelig økning. Tallet på voksne i alderen 20–66 år er tre ganger så høyt i dag som det var i 1900. Blant de eldre er økningen enda kraftigere: Antallet 67–79-åringer er fire ganger så høyt som i 1900, mens det er sju ganger flere personer i 80-årsalderen og over 20 ganger så mange som er 90 år eller eldre. Den siste gruppen er riktignok fortsatt liten, men den har økt fra under 2000 personer i 1900 til over 40 000 i dag.

At det stadig er blitt flere voksne og eldre i Norge, skyldes i hovedsak at folk lever stadig lenger. Men noe av økningen i antall voksne, særlig den siste tiden, skyldes også at det har innvandret mange personer i tju- og trettiårsalderen.



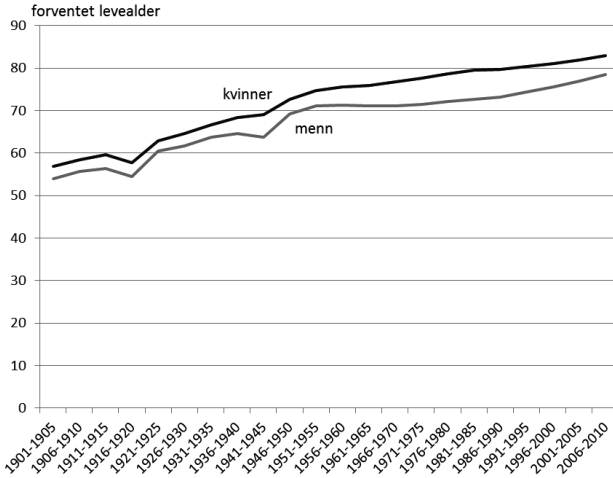
Figur 1: Folketallet i Norge, etter aldersgrupper. 1900–2015

Figur 2 og 3 viser hvordan levealderen i Norge har utviklet seg siden starten av 1900-tallet (figur 2) og siden 1990 (figur 3). Levealder er et periodemål som indikerer hvor lenge en nyfødt kan forvente å leve dersom han eller hun opplever de alders- og kjønnsespesifikke dødsratene for et bestemt år (Syse og Pham 2014). Veksten i levealder var særlig sterk fram til begynnelsen av 1950-årene, med to store tilbakeslag: Bølgene med spanskesyke i årene før 1920, og krigsperioden 1940–45.

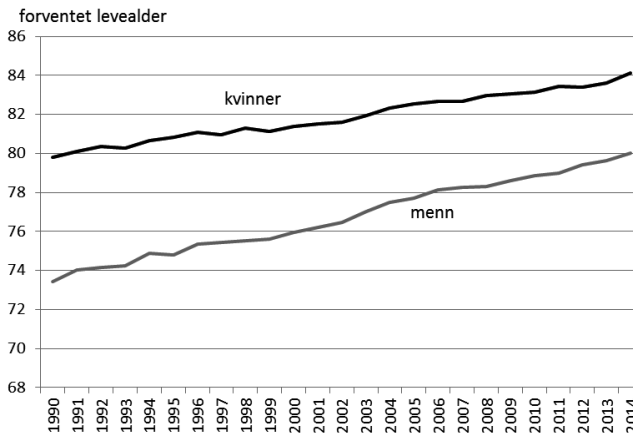
Siden 1950 har kvinner hatt en relativt jevn stigning i levealderen, mens menns levealder i en lang periode stagnerte og delvis sank. Dermed økte levealdersforskjellene mellom menn og kvinner. Men i 1980-årene snudde trenden. Siden da har menn tatt innpå kvinner, slik at kvinners og menns levealder er blitt stadig likere. I 2014 var forskjellen på bare drøyt fire år, mot nærmere sju år i 1980-årene.

Det finnes mange årsaker til denne utviklingen. En av de mest sentrale er røyking. I begynnelsen av 1970-årene var over halvparten av alle voksne norske menn dagligrøykere, mens dette 'bare' gjaldt hver tredje kvinne. Først fra

årtusenskiiftet har det vært en noenlunde lik andel røykere blant kvinner og menn (og andelen har sunket betydelig for begge kjønn).¹ Disse endrede røykemønstrene gir tydelige utslag på levealderstatistikken.



Figur 2: Forventet levealder ved fødselen for kvinner og menn i Norge. Femårsperioder 1901–2010



Figur 3: Forventet levealder ved fødselen for kvinner og menn i Norge. 1990–2014

Økningen i levealder de siste ti årene har vært på 2,5 år for menn og 1,8 år for kvinner. Det tilsvarer tre måneders ekstra levetid for menn hvert år, og litt over to måneder ekstra for kvinner.

Ulike deler av Norge aldres ulikt. Generelt er befolkningen i byene ofte yngre enn befolkningen i distriktene. Oslo er fylket med yngst befolkning, og også Rogaland er et relativt ungt fylke, mens Hedmark, Oppland og Sogn og Fjordane har landets eldste befolkninger (Statistisk sentralbyrå 2015).

Hvor lenge kommer vi til å leve i fremtiden?

Det er grunn til å tro at levealderen kommer til å øke også i fremtiden. Medisinske framskritt og færre risikofaktorer i hverdagen (mindre røyking, tryggere arbeidsplasser, færre transportulykker, færre miljøgifter etc.) taler for at dødeligheten vil fortsette å gå ned. Men samtidig er det alltid risiko for pandemier og medisinske tilbakeskritt, som for eksempel antibiotikaresistens. Kosthold og fysisk aktivitet påvirker også hvor lenge vi lever, og dersom store samfunnsgrupper får en mer stillesittende livsstil og økt fedme, kan dette slå negativt ut for levealdersutviklingen.

Finnes det en øvre grense for hvor høy levealderen i en befolkning kan bli? Noen forskere har ment det, og tallfestet ulike aldre som en befolknings gjennomsnittlige levealder ikke vil kunne passere. Men den virkelige levealdersutviklingen har stadig sprengt disse grensene, og toneangivende forskere påpeker nå at det er lite empirisk dekning for å hevde at levealderen nærmer seg noen øvre grense (Wilmoth 2000; Vaupel og Kistowski 2005; Bongaarts 2006).

Som figur 2 viser, økte levealderen kraftigere før 1950 enn etter. Dette gjelder både i Norge og i mange andre land. Perioden før 1950 var preget av en kraftig nedgang i dødeligheten blant de aller yngste – og endringer i denne dødeligheten påvirker levealderen mer enn dødeligheten blant de eldste. Dersom et nyfødt barn ikke dør, men i stedet lever til det er 70 år, er bidraget til den gjennomsnittlige levealderen mye større enn dersom en 65-åring ikke dør, men i stedet lever fem år ekstra (Wilmoth 2000). Men dette betyr altså ikke at nedgangen i dødelighet har bremsset opp. Riktignok er dødeligheten blant yngre i rike land blitt såpass lav at deres dødelighet ikke forventes å bety så mye for levealdersutviklingen framover, men blant de eldste har nedgangen i dødelighet ikke blitt svakere med tiden, snarere tvert imot (Bongaarts 2006).

Når man diskuterer hvor høy levealderen i en befolkning vil bli, er det også nærliggende å spørre hvor lenge et menneske kan leve. Noen forskere hevder at det finnes en biologisk og medisinsk grense på omkring 125 år (Weon og Je 2008). Hittil har ingen mennesker kunnet dokumentere et så langt liv. Hun som har verdensrekorden i dokumentert alder, franske Jeanne Calment (1875–1997), ble 122 år. Noen kan ha levd enda lenger enn henne, men det krever god dokumentasjon langt tilbake i tid for å kunne bekrefte hvor gammel en person faktisk er. Dette gjør det vanskelig å si noe sikkert om trender blant de som lever aller lengst. Men studier av relativt gode dataserier fra Sverige tyder på at det har vært en generell økning i maksimumsalderen ved død, og at økningen faktisk har vært spesielt sterk siden slutten av 1960-årene (Wilmoth 2000).

Når vi i Statistisk sentralbyrå skal framskrive befolkningen i Norge fram til 2100, gjør vi forutsetninger om hvordan levealderen kommer til å utvikle seg framover. Da tar vi utgangspunkt i hvordan utviklingen har vært fram til nå. Levealderen i Norge har som nevnt steget jevnt og trutt, og de siste tiårene har dette særlig skyldtes at de eldre lever stadig lenger. En hovedårsak til dette finner vi ved å se på sykdommene som forårsaker de fleste dødsfallene i Norge: De viktigste dødsårsakene i 2013 var sirkulasjonssykdommer (30 prosent), kreft (26 prosent) og andre lungesykdommer (10 prosent).² Økningen i levealder vi har sett de siste tiårene skyldes særlig en nedgang i dødsfall av sirkulasjonssykdommer blant både eldre og yngre (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012). Dette følger av både medisinske og teknologiske framskritt, men også vesentlige endringer i risikofaktorer som røyking, blodtrykk og kolesterol. Røykeepidemien er i sterk nedgang, og det forventes en ytterligere nedgang også framover. Dette gjør at vi forutsetter at menns dødelighet vil falle noe mer enn kvinners, siden flere menn enn kvinner tidligere røykte. Kreftforekomsten er økende, men det er også overlevelsen etter kreft, og dødeligheten etter de fleste kreftformer er derfor på vei ned (Kreftregisteret 2014). Dette gjelder særlig for brystkreft og prostatakreft. Også dette tror vi vil fortsette framover. Det knytter seg noe usikkerhet til utviklingen i dødsfall knyttet til infeksjonssykdommer, på grunn av en mulig økning i framtidig antibiotikaresistens. Det er også uklart hva mer overvekt og fedme kan bety for framtidig dødelighet.

I befolkningsframskrivningenes hovedalternativ forutsetter vi at menns forventede levealder ved fødselen vil øke fra 80 år i dag til 86,5 år i 2060, noe som tilsvarer en økning på 6,5 leveår. Økningen for kvinner vil være fra 84,1 år til 89,1 år, en økning på 5 leveår. Dette betyr at levealderen for menn og

kvinner vil nærme seg hverandre fram mot 2060. Mens det i dag er en forskjell på rundt 4 år i forventet levealder ved fødselen mellom menn og kvinner, reduseres denne til rundt 2,6 år i 2060.

Aldring framover

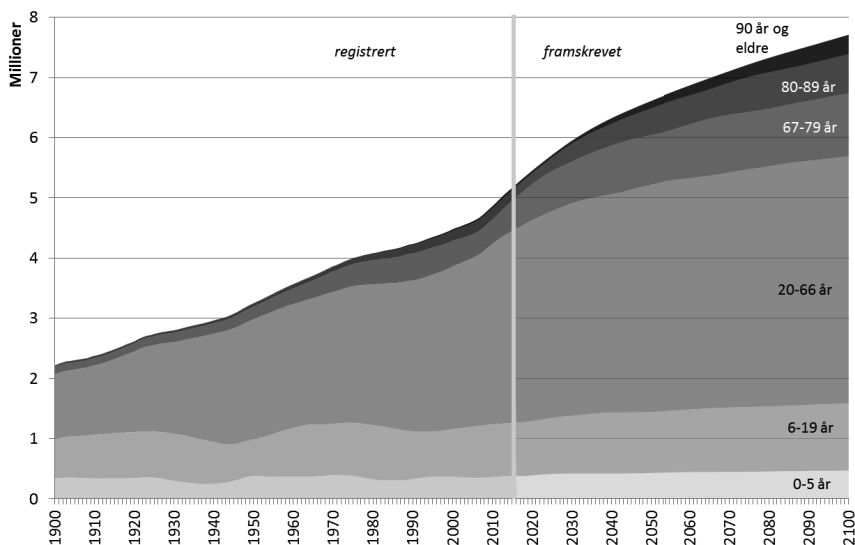
Aldringen i et samfunn avhenger ikke bare av levealderen. Også fruktbarhet, innvandring og utvandring betyr noe for hvor raskt et samfunn eldes, og både høy fruktbarhet og høy innvandring bidrar til å bremse aldringen. Høy fruktbarhet medfører relativt mange personer i de yngste aldersgruppene, og høy innvandring betyr oftest en økning i antallet unge voksne, siden det er mest vanlig å migrere i 20- og 30-årsalderen. Innvandring av unge voksne kvinner bidrar vanligvis i tillegg til at det fødes flere barn, også fordi innvandrerkvinner har en noe høyere fruktbarhet enn kvinner uten innvandrerbakgrunn (Aase og Kaldager 2014).

Et samfunn som det norske, med både relativt høye barnetall og høy nettoinnvandring, eldes altså langsommere enn samfunn som for eksempel det japanske, der innvandringen er svært lav og fruktbarheten er på under 1,5 barn per kvinne (i Norge ligger den rundt 1,8).

Likevel forventer vi stadig flere eldre i Norge, både målt i antall og i andel av befolkningen. Figur 4 er en utvidet variant av figur 1, der også framskrevne tall er med (til høyre for den grå linjen). Også framover forventer vi at det meste av befolkningsveksten i Norge vil skje i de voksne og eldre aldersgruppene. I de nærmeste årene vil vi se en tydelig økning blant 67–79-åringene, deretter får vi en klar økning blant 80–89-åringene. Dette henger sammen med at de store fødselskullene fra etterkrigstiden nå er begynt å passere 70 år. I år 2026 vil de som fortsatt lever fra det rekordstore 1946-kullet, fylle 80 år.

De eldre vil ikke bare øke i *antall*, de vil også utgjøre en stadig større *andel* av befolkningen. Dersom befolkningsframskrivningenes hovedalternativ (også kjent som mellomalternativet, eller MMMM) slår til, vil hver femte person i Norge være 70 år eller mer om 50 år (Tønnessen, Syse mfl. 2014). I dag er hver niende person så gammel.

Siden framtiden er usikker, utarbeider vi flere alternative befolkningsframskrivninger med ulike forutsetninger om framtidig fruktbarhet, levealder og nettoinnvandring. Men selv i det alternativet som gir svakest aldring framover – alternativet med høy fruktbarhet, lav levealder og høy innvandring, HLMH – øker andelen eldre i årene framover, se figur 5 (mørkegrå stiplede linjer,



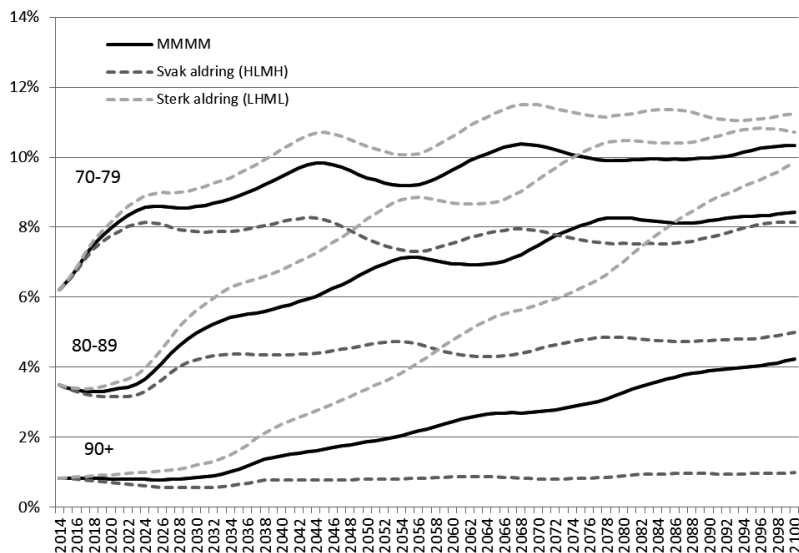
Figur 4: Folketallet i Norge, etter aldersgrupper. Registrert 1900-2015, framskrevet (i hovedalternativet) 2015–2100

neste side). I alternativet med sterk aldring (lav fruktbarhet, høy levealder og lav innvandring, LHML) øker andelen personer som er i 70-, 80-, 90- og 100-årene fra omtrent 11 prosent i dag til 24 prosent i 2060 og videre til over 30 prosent i 2100 (lysegrå stiplede linjer), med en særlig sterk økning i andelen som er 90 år og eldre.

Mange mål på aldring

Aldringen i en befolkning kan måles på en rekke forskjellige måter. En økning i *antall eldre* kan bety aldring, men dersom yngre aldersgrupper vokser like mye eller mer, har vi ikke nødvendigvis en aldring i samfunnet.

Andelen eldre er et bedre mål, fordi det også tar hensyn til hvordan resten av befolkningen utvikler seg. Når vi skal undersøke om andelen eldre i befolkningen øker, trenger vi å definere hvilken aldersgruppe som skal regnes som 'eldre'. Ofte settes grensen ved 70 år, eller 65 år, iblant brukes den tidligere norske pensjonsgrensen på 67 år som grense, og dersom man er opptatt av helse- og omsorgs-

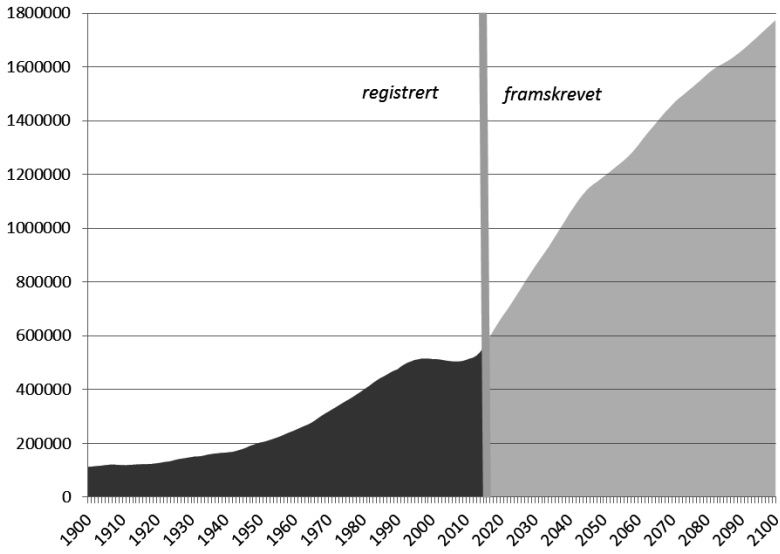


Figur 5: Andel av befolkningen som er i de eldste aldersgruppene, framskrevet i tre alternativer

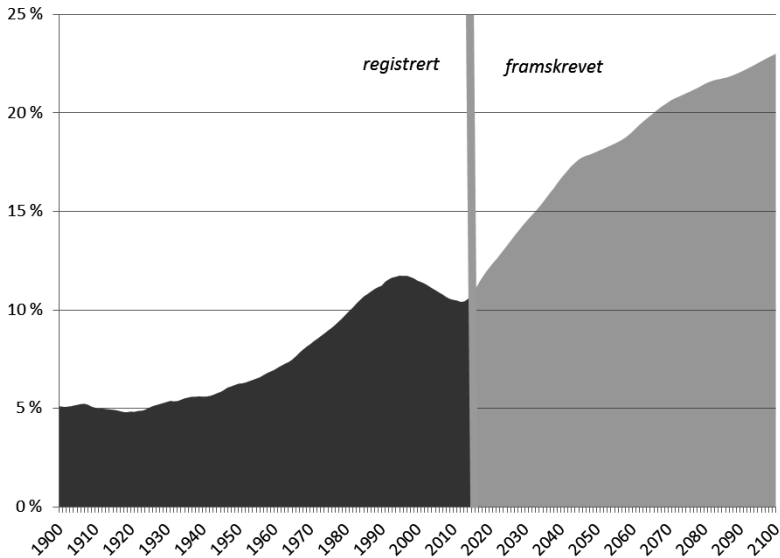
utgifter kan det være hensiktsmessig å sette aldersgrensen noe høyere – personer over 80 år bruker helse- og omsorgstjenester langt mer enn personer mellom 70 og 79 år. Hvor aldersgrensen settes, avhenger altså av problemstillingen.

I figur 6 og figur 7 er grensen satt ved 70 år. Figur 6 viser *antall* personer i alderen 70 år eller mer. Tallet på personer som har fylt 70 år er fem ganger så høyt i dag som i 1900, og vi forventer en kraftig økning også framover. Figur 7 viser hvor stor *andel* av befolkningen som er 70 år og eldre. Også her er det en klar økning, men ikke fullt så dramatisk: I dag utgjør personene i alderen 70 år og eldre drøyt ti prosent av befolkningen, mot fem prosent i 1900. At andelen har økt mindre enn antallet, henger selvsagt sammen med at også resten av befolkningen har vokst i denne perioden.

Det er også interessant å merke seg at det har vært en *nedgang* i andel eldre – og til dels også i antallet eldre – fra før år 2000 og fram til for noen år siden. Dette henger sammen med at det var de små mellomkrigskullene som begynte å fylle 70 år på denne tiden, mens de større kullene fra begynnelsen av 1900-tallet var kommet opp i aldre da mange dør. Samtidig gjorde høy innvandring og relativt høye fødselstall at befolkningen ellers vokste relativt raskt, og



Figur 6: Antall personer i alderen 70 år og eldre. Registrert 1900–2015, framskrevet (i hovedalternativet) 2015–2100

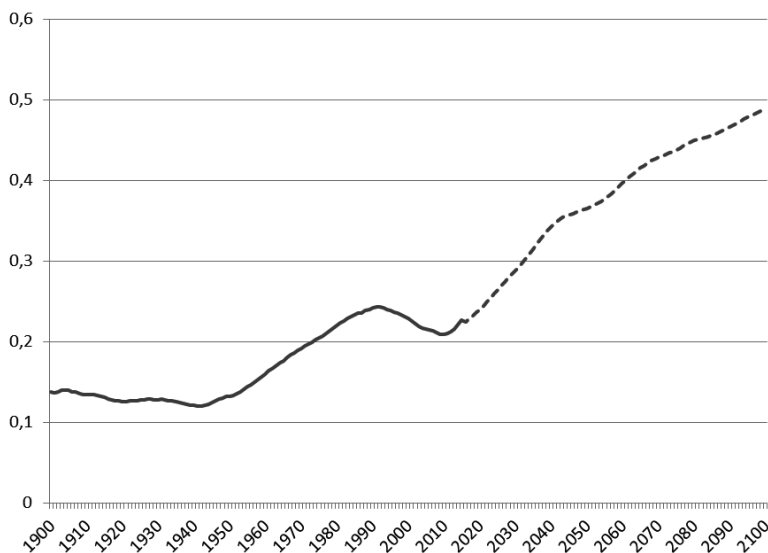


Figur 7: Andel personer i alderen 70 år og eldre, i prosent av hele befolkningen. Registrert 1900–2015, framskrevet (i hovedalternativet) 2015–2100

dermed blir nedgangen i andelen eldre spesielt stor. Dersom aldring måles som andel eldre (70 år og eldre), var det altså ingen aldring av den norske befolkningen i perioden 1995–2012, snarere tvert imot.

Ulike *ratioer mellom aldersgrupper* kan også brukes til å beskrive aldring. En ratio som iblant brukes, er den såkalte aldringsindeksen eller eldre-barn-ratioen (Gavrilov og Heuveline 2003), som viser antallet eldre (65+) delt på antallet barn (0–14).

Forsørgerbyrde, eller dependency ratio, er et annet eksempel på en ratio. Den gir et anslag for hvor mange yrkespassive personer som skal forsørges av hver potensielt yrkesaktiv person. Forsørgerbyrden regnes ut ved å summere antall barn og antall eldre, og dividere dette på antall personer i yrkesaktiv alder. Men siden forsørgerbyrden ikke skiller mellom barn og eldre, gir den ikke så godt bilde av aldringen i en befolkning. For å få et bilde av hvor mange eldre som skal forsørges av hver potensiell yrkesaktiv person, kan vi i stedet bruke 'old age dependency ratio', eller eldreforsørgerbyrde. Der blir antall eldre delt på antallet personer i yrkesaktiv alder. Når man skal regne ut eldreforsørgerbyrden, må man også sette en aldersgrense for overgangen mellom yrkesaktiv og yrkespassiv alder.

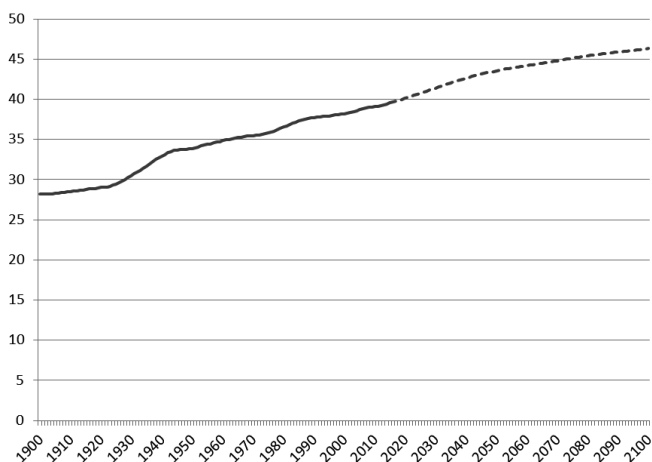


Figur 8: Eldreforsørgerbyrde i Norge (antall personer over 66 år delt på antall personer 20–66 år). Registrert 1900–2015, framskrevet (i hovedalternativet) 2015–2100

Figur 8 viser utviklingen i eldreforsørgerbyrden når aldersgrensen settes ved 67 år, og 20 år er nedre grense for den yrkesaktive alderen. I dag er denne eldreforsørgerbyrden i Norge på 0,23. Det betyr at det er 23 eldre per 100 personer i yrkesaktiv alder. Også når det gjelder eldreforsørgerbyrden, ser vi at det var en nedgang rundt årtusenskiftet. Men i framtiden forventes en økning til nærmere 0,5 i 2100 – altså dobbelt så mange gamle per potensiell yrkesaktiv som i dag.

Forskjellige *aldersmål* kan også gi et godt bilde av et samfunns aldring. De tre vanligste er gjennomsnittsalder, medianalder og modal alder. Gjennomsnittsalderen viser det matematiske gjennomsnittet av alle innbyggernes alder. Gjennomsnittsalderen i Norge i dag (per 1. januar 2015) er drøye 39 år. Medianalderen er den alderen som deler befolkningen nøyaktig i to – der den ene halvparten er eldre mens den andre halvparten er yngre. Den norske medianalderen er nå på 39 år – altså nesten lik gjennomsnittsalderen. Modal alder er den alderen som flest personer i befolkningen har. I Norge utgjør personer født i 1969 nå det største alderskullet, og den modale alderen 1. januar 2015 var altså 45 år.

Medianalderen er nok det mest brukte aldersmålet for en befolkning, men siden gjennomsnittsalder er noe mer sensitiv overfor endringer blant de aller eldste, kan dette være et bedre mål når man studerer aldringsdynamikk i en befolkning (Gavrilov og Heuveline 2003). Figur 9 viser hvordan gjennomsnittsal-

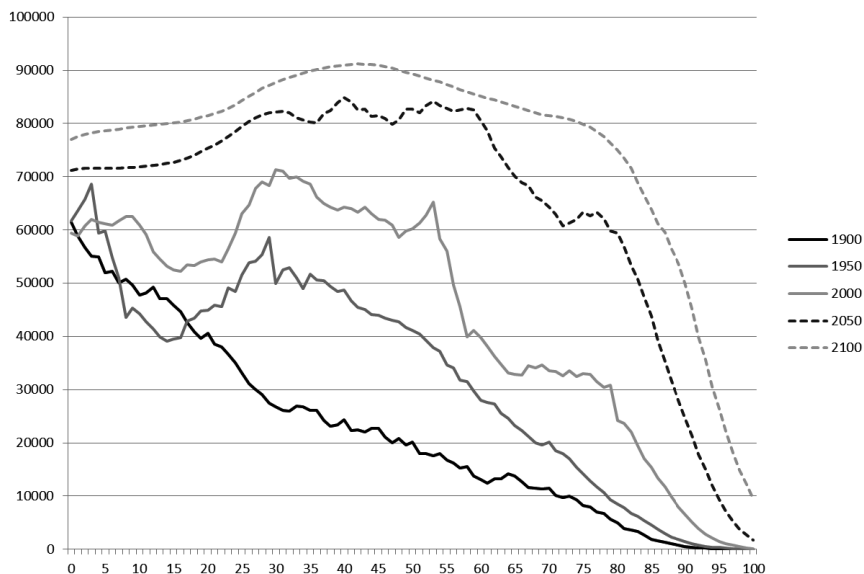


Figur 9: Gjennomsnittsalder i Norge. Registrert 1900–2015, framskrevet (i hovedalternativet) 2015–2100

alderen i Norge har utviklet seg siden 1900, og økningen var særlig sterk fra midt i 1920-årene til midt i 1940-årene. Dette var en periode der dødeligheten var lav sammenliknet med tidligere tider, og det ble også født ganske få barn i denne perioden, både sammenliknet med tidligere i århundret og ikke minst sammenliknet med etterkrigstiden, da barnekullene var rekordstore.

Det finnes også andre *grafiske* metoder for å vise aldringen i en befolkning. En befolkningspyramide viser befolkningen etter kjønn og alder, der kvinnene er på den ene siden og mennene på den andre, og der de yngste aldersklassene er nederst. Dersom befolkningspyramiden er formet som en trekant med stor bredde nederst, har befolkningen mange barn og relativt få gamle. Dersom den er mer søyleformet, med omtrent like stor bredde oppe som nede, tyder det på en langt eldre befolkning.

Figur 10 viser aldringen på en litt annen måte. Her er befolkningen fordelt etter alder, og utviklingen over tid kan sees ganske tydelig: I 1900 var det mange barn og få gamle. I 1950 og 2000 var antall småbarn omtrent like høyt som i 1900, men det hadde vært en kraftig vekst i de voksne og eldre aldersgruppene. De to prikkete linjene viser framskrevne tall, for 2050 og 2100

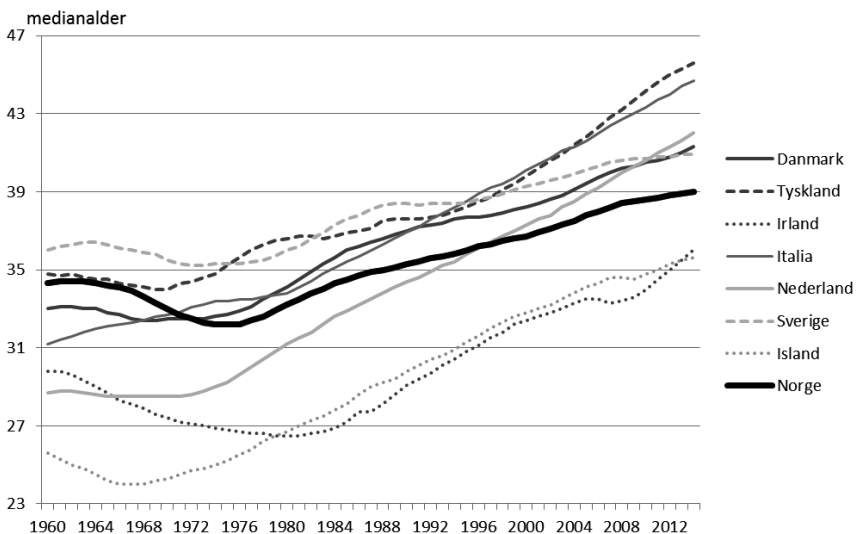


Figur 10: Norges befolkning etter alder, registrert 1900-2000 og framskrevet (i hovedalternativet) 2050-2100

(tallene er fra hovedalternativet MMMM). Som linjene viser, forventer vi at trenden fortsetter og at befolkningsveksten særlig vil komme i de eldre aldersgruppene. Figuren er et eksempel på det som kalles en rektangularisering av aldersfordelingen (Wilmoth 2000). Det som i 1900 var en nærmest diagonal linje, får mer og mer form som en firkant ettersom befolkningen eldes.

Norge ikke på verdenstoppen

Selv om Norge eldes, er vi et stykke unna verdenstoppen når det gjelder aldring. Eldrebølgen i Norge framover vil også bli langt svakere enn i mange andre land (se for eksempel Raftery, Chunn mfl. (2013)). Dette henger sammen med at Norge har hatt relativt høy fruktbarhet og relativt høy innvandring av unge voksne sammenliknet med andre land i Europa, noe som bidrar til å bremse aldringen. Dessuten er ikke Norge lenger ledende når det gjelder levealder. Nå ligger japanske kvinner i verdenstoppen, med en forventet levealder på 87 år (World Health Organization 2014). I Norge er levealderen på 80 år for menn og 84 år for kvinner (i 2014).³ Sju europeiske land hadde høyere levealder enn Norge i 2012 (for begge kjønn kombinert), men den



Figur 11: Medialder i utvalgte europeiske land, 1960-2014 Kilde: Eurostat

nøyaktige plasseringen avhenger i stor grad av observasjonsperiode, definisjoner og hvilke land som regnes med (Brunborg 2014).

Aldringen skjer altså raskere i en del andre land. Dersom vi deler antall eldre (65+) på antall barn (0–14 år), får vi aldringsindeksen. Noen få land i verden, blant dem Japan, Tyskland, Italia, Hellas og Bulgaria, har en aldringsindeks på over 1 og altså flere gamle enn barn (Gavrilov og Heuveline 2003). I Norge er aldringsindeksen i 2015 på 0,89.

Også andre mål for aldring viser at Norge eldes relativt sakte. EUs statistikkbyrå Eurostat publiserer tall for medianalder i en rekke europeiske land, og figur 11 viser noen av dem. Den tykke svarte streken viser utviklingen for Norge. I 1960-årene var den norske befolkningen blant Europas eldste. I tiårene som fulgte ble vi forbigått av en rekke andre land, og i dag er medianalderen i Norge relativt lav i europeisk sammenheng. Irland og Island har lavere medianalder enn Norge. I disse landene har kvinnene enda høyere fruktbarhet enn de norske kvinnene, noe som bidrar til å holde befolkningen ung.

Flere friske eller flere syke år?

Vil vi få flere friske år eller syke år når levealderen øker? Det har forskningslitteraturen foreløpig ingen klare svar på. Når det gjelder sammenhengen mellom økning i levealder og sykkelighet, finnes det tre alternative teorier:

- i) Sykeligheten har samme omfang som tidligere, men inntreffer senere i livet (utsatt sykkelighet, antall friske år øker like mye som antall leveår)
- ii) Sykeligheten komprimeres og er dermed til stede i en kortere tidsperiode (komprimert sykkelighet, antall friske år øker mer enn antall leveår)
- iii) Sykeligheten forlenges, og er til stede i en lengre tidsperiode enn tidligere (forlenget sykkelighet, antall friske år øker mindre enn antall leveår).

Mange studier har forsøkt å finne ut hvilket av de tre alternativene som best beskriver levealders- og sykkelighetsutviklingen. Men resultatene spriker (Langballe og Strand 2015). Noen studier finner støtte for utsatt eller komprimert sykkelighet, andre for forlenget sykkelighet, og noen studier finner motstridende resultater. Dette kan delvis skyldes at ulike studier ser på ulike land (og ulike grupper) og at utviklingen faktisk er forskjellig i forskjellige deler av verden. Men de sprikende resultatene kan også henge sammen med at spørsmålet om

hvorvidt vi får flere friske eller flere syke år, er vanskeligere å besvare enn man kanskje skulle tro. Det er ingen enighet om hva man legger i begrepet *helse* og hvordan man skal definere og måle sykkelighet – om det for eksempel dreier seg om diagnoser, selvrapportert helse eller mulighet til å mestre hverdagsoppgaver. Det kan være uenighet om hvor alvorlige sykdommer eller funksjonshemminger som skal regnes med, og bildet kan kompliseres av at man for eksempel lettere (og tidligere) får en diagnose nå enn før. Det er også en metodeutfordring at det ofte er de friskeste som er best i stand til å svare på undersøkelser.

En relativt fersk studie som har sammenfattet internasjonal forskning på dette området, understreker at studiene ikke gir noe entydig støtte til noen av de tre alternativene (Chatterji, Byles mfl. 2015). Likevel ser forfatterne noen mønstre, og mener ulike indikatorer for helse gir støtte til ulike alternativer: Dersom sykkelighet måles som funksjonsbegrensninger i hverdagen, finner de støtte til teorien om utsatt sykkelighet – altså at økt levealder har gitt flere friske år. Men dersom sykkelighet defineres som det å leve med en kronisk sykdom, finner de støtte til teorien om forlenget sykkelighet – der økt levealder har gitt flere år med sykdom. En foreløpig konklusjon ser dermed ut til å være at vi ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdommer enn før, kanskje snarere flere, men at det likevel ser ut til at vi klarer oss bedre med disse sykdommene enn tidligere. Dette kan henge sammen med bedre rehabiliterende behandling, forbedring av de eldres fysiske omgivelser og at eldre i dag har mer utdanning enn tidligere (Chatterji, Byles mfl. 2015).

Selv om forskningen skulle komme fram til entydige svar på spørsmålet om hvordan sykkeligheten har utviklet seg til nå, er det likevel ikke sikkert utviklingen kommer til å fortsette på samme måte framover. Helsevesenet og den medisinske forskningen er i stadig endring. Dessuten har framtidens gamle vokst opp i en annen tid enn dagens gamle og blitt utsatt for andre risikofaktorer gjennom livet, noe som kan prege sykkeligheten deres når de blir eldre.

Derfor er det svært vanskelig å anslå noe om framtidig sammenheng mellom økt levealder og sykkelighet, selv om dette er noe som vil bety mye både for enkeltmennesker og for samfunnet. Hvis aldringen fortsetter slik vi antar i befolkningsframskrivingene, vil antall personer over 80 år i Norge mer enn dobles fram mot 2060. Dette får konsekvenser for oppgaver og utgifter knyttet til helse- og omsorgstjenester framover, da de eldste er storforbrukere av helse- og omsorgstjenester og særlig pleie- og omsorgstjenester. Men hvor stor betydning det vil

få, avhenger i stor grad av utviklingen i sykkelighet. Dersom den økte levealderen bare betyr flere friske år, behøver ikke konsekvensene for helse- og omsorgsutfordringene framover bli så store. Men dersom de ekstra leveårene vi får, er med dårlig helse, vil det få stor betydning – både for norsk offentlig økonomi og for mange framtidige eldre og deres nærmeste.

Noter

1. Se www.ssb.no/royk
2. Se www.fhi.no/helseregistre/dodsaarsaksregisteret
3. Se www.ssb.no/dode

Referanser

- Aase, K.N. og R.V. Kaldager (2014). Befolkningsframskrivninger 2014–2100: Fruktbarhet. *Økonomiske analyser*, 4, 37–43. Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Bongaarts, J. (2006). How Long Will We Live? *Population and Development Review*, 32(4), 605–628.
- Brunborg, H. (2014). Befolkningsutviklingen. *Økonomiske analyser*, 2, 9–17. Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Chatterji, S., J. Byles mfl. (2015). Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *Lancet*, 385, 563–575.
- Gavrilov, L.A. og P. Heuveline (2003). Aging of Population. I Demeny, P. og G. McNicoll, *The Encyclopedia of Population*. New York, Macmillan Reference USA
- Kreftregisteret (2014). Cancer in Norway 2012 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Kreftregisteret, Oslo.
- Langballe, E.M. og B.H. Strand (2015). Vil fremtidens eldre være friskere? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 2(135), 113–114.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012). Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år. 1951–2010. *Rapport*, 4.
- Raftery, A.E., J.L. Chunn mfl. (2013). Bayesian Probabilistic Projections of Life Expectancy for All Countries. *Demography*, 50, 777–801.
- Statistisk sentralbyrå (2015). Økonomisk utsyn, kap. 4. *Økonomiske analyser*, 1, 61–69. Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Syse, A. og D.Q. Pham (2014). Befolkningsframskrivninger 2014–2100:

- Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser*, 4, 44–50. Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Tønnessen, M., A. Syse mfl. (2014). Befolkningsframskrivinger 2014–2100: Hovedresultater. *Økonomiske analyser*, 4, 30–36. Statistisk sentralbyrå, Oslo.
- Vaupel, J.W. og K.G. v. Kistowski (2005). Broken Limits to Life Expectancy. *Ageing Horizons*, 3, 6–13.
- Weon, B.M. og J.H. Je (2008). Theoretical estimation of maximum human lifespan. *Biogerontology*, 10, 65–71.
- Wilmoth, J.R. (2000). Demography of longevity: past, present and future trends. *Experimental Gerontology*, 35, 1111–1129.
- World Health Organization (2014). *World health statistics*, 2014. World Health Organization, Geneve.