

Gjefsen, H. & Hart, R. K. (2026). Demografiske endringer og helsetjenesten. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 85–104). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180904>

4

Demografiske endringer og helsetjenesten

Hege Gjefsen og Rannveig K. Hart

Demografi handler om de store valgene og hendelsene i livet – mønstre i når mennesker fødes, flytter og dør. Demografer interesserer seg først og fremst for summen av disse hendelsene, og for hvordan de påvirker befolkningen. Befolkningen er alle som bor – eller er registrert bosatt – i et geografisk område. Området kan være hele verden, som for eksempel FN beskriver i sine befolkningsframskrivninger (FN, 2024), eller Europa, som beskrives av Eurostat (Eurostat, 2024). Den vanligste geografiske avgrensningen i demografien er likevel nasjonalstaten. Norges befolkning er de som oppholder seg – eller har rett til å oppholde seg – i Norge på et gitt tidspunkt. Norges befolkning endrer seg hver dag: Nye barn blir født, det er dødsfall, og personer flytter ut og inn av landet. I første kvartal 2025 bor det ifølge Statistisk sentralbyrå 5 594 340 mennesker i Norge.¹

Befolkningen endrer seg altså gjennom tre prosesser: fødsler, død og migrasjon. Med migrasjon mener vi både inn- og utflytting av landet. Slike endringer kalles gjerne *befolkningsdynamikk*. Prosessene endrer også størrelsen på befolkningen (hvor mange som bor i et land) og aldersstrukturen, altså hvor stor andel av befolkningen som er på hvert alderstrinn. I dette kapitlet vil vi først beskrive de tre prosessene for demografisk endring (4.1). Deretter følger avsnitt om befolkningsframskrivninger (4.2) og befolkningsendringenes konsekvenser for helsetjenestebruken (4.3 og 4.4). Vi vil se at endringer i aldersstrukturen er vel så viktig for helsetjenesten som selve befolkningsstørrelsen. Vi vil også se at en endring i aldersstrukturen kan ha ulike effekter på helsetjenesten på samme tid. Disse effektene kan både forsterke og utjevne hverandre.

1 Fakta om befolkningen – hvor mange bor det i Norge? – SSB.

4.1 Befolkningens tre determinanter

Fruktbarhet

I demografifaget viser fruktbarhet til antall barn som blir født.² Det mest kjente målet for dette er samlet fruktbarhetstall (SFT, på engelsk Total Fertility Rate TFR). Å forstå hvordan SFT beregnes, krever en sving innom aldersspesifikke fruktbarhetsrater.

Aldersspesifikke fruktbarhetsrater er enklest å forklare med et eksempel. For å beregne hvor mange barn som fødes per 1000 kvinner i alderen 25–29 år i 2022, trenger vi to tall fra befolkningsstatistikken for dette året:

- Antall barn som ble født med mødre i alderen 25–29 år: $\text{Fødsler}_{\text{Mor}25-29}$
- Antall kvinner i alderen 25–29 år (uavhengig av om de fikk barn eller ikke): $\text{Kvinner}_{\text{Alder}25-29}$

Aldersspesifikke fruktbarhetsrater beregnes etter denne formelen (se f.eks. Rowland, 2003, s. 231):

$$\text{ASFR}_{25-29} = \frac{\text{Fødsler}_{\text{Mor } 25-29}}{\text{Kvinner}_{\text{Alder } 25-29}}$$

I denne formelen er antall barn som blir født relatert til antall kvinner i denne aldersgruppen. Ofte multipliseres dette tallet med 1000, slik at vi får et mål for fødsler per 1000 kvinner i aldersgruppen.

Samlet fruktbarhetstall beregnes som summen av de aldersspesifikke fruktbarhetsratene over hele den fruktbare alderen – altså den perioden i livet da kvinner er fysiologisk i stand til å få barn. Ofte brukes aldersspennet 15–49 år. Formelen for samlet fruktbarhet kan skrives slik:

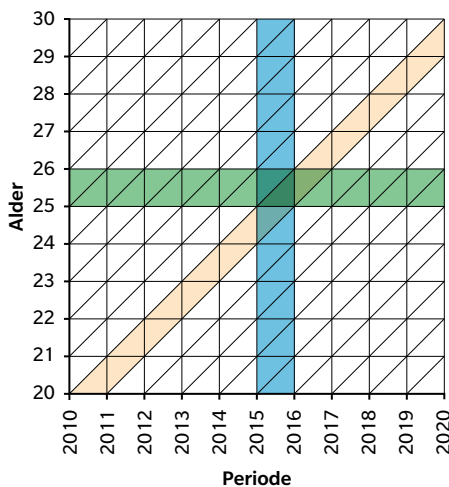
$$\text{SFT} = \sum_{a=15-19}^{a=45-49} \text{ASFR}_a$$

2 Dette kan være forvirrende for medisinerne, som bruker fruktbarhet om kroppens evne til å unnfange barn. I demografifaget brukes fekunditet for å beskrive kroppens evne til å unnfange barn.

Den greske bokstaven Sigma (Σ) viser at vi summerer over alle aldersgrupper fra den angitt under sigma (alder 15–19), og alle aldersgrupper opp til den eldste angitt over sigma (alder 45–49). Samlet fruktbarhetstall for et gitt år – også kalt periodefruktbarhet – angir gjennomsnittlig antall barn en kvinne ville fått hvis hun levde alle årene i fruktbar alder med fruktbarhetsrater som de var i 2022. Periodefruktbarheten er altså et *syntetisk* mål – ingen lever hele livet sitt i ett enkelt kalenderår.³ Kohortfruktbarheten, derimot, viser til gjennomsnittlig antall barn kvinner født i samme fødselsår faktisk har fått. Ulempen med kohortfruktbarhet er at den ikke kan beregnes før kvinnene faktisk er ferdige med (hoveddelen av) sin fruktbare periode – tidligst ved 40 år.

Figur 4.1

Lexisdiagram. Viser sammenhengen mellom periode, alder og kohort



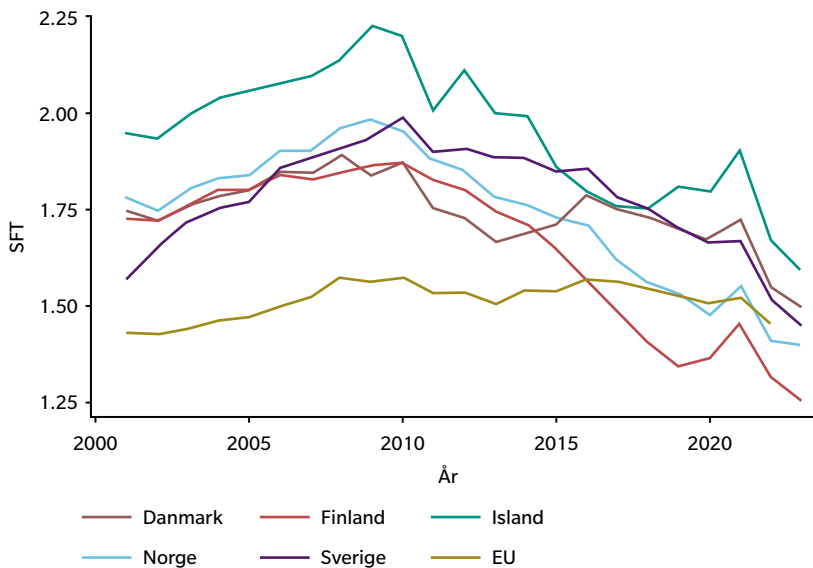
For å kunne skille kohortfruktbarheten fra periodefruktbarheten er det viktig å ha klart for seg tre dimensjoner av tid: alder, periode og kohort, som illustrert i Lexisdiagrammet i Fig. 4.1 (se for eksempel Rowland, 2003:136). På X-aksen har vi periode, også kalt kalendertid. På y-aksen er alder. Til hvert kvadrat

3 For et unntak fra fiksjonens verden, se for eksempel filmen «Groundhog Day».

hører det et tall – den aldersspesifikke fruktbarhetsraten for de som er i alderen angitt på Y-aksen i året angitt på X-aksen.⁴ For eksempel angir kvadratet øverst til venstre fruktbarhetsraten for kvinner som er 29 år i 2010. Hvis vi leser av diagrammet horisontalt, ser vi hvordan fruktbarhetsraten endrer seg med kalendertid for kvinner av samme alder. For eksempel viser de grønne feltene fruktbarheten for kvinner som er 25 år, målt hvert år gjennom perioden 2010–2019. Hvis vi derimot vil undersøke hvordan fruktbarhetsratene ser ut for alle aldre i ett gitt kalenderår, leser vi av diagrammet vertikalt. Det blå feltet viser fruktbarhetsratene i 2015 for alle aldre. Hvis vi fyller inn aldersspesifikke fruktbarhetsrater i disse rutene og summerer dem, får vi samlet fruktbarhetstall for 2015, ofte kalt periode-SFT.

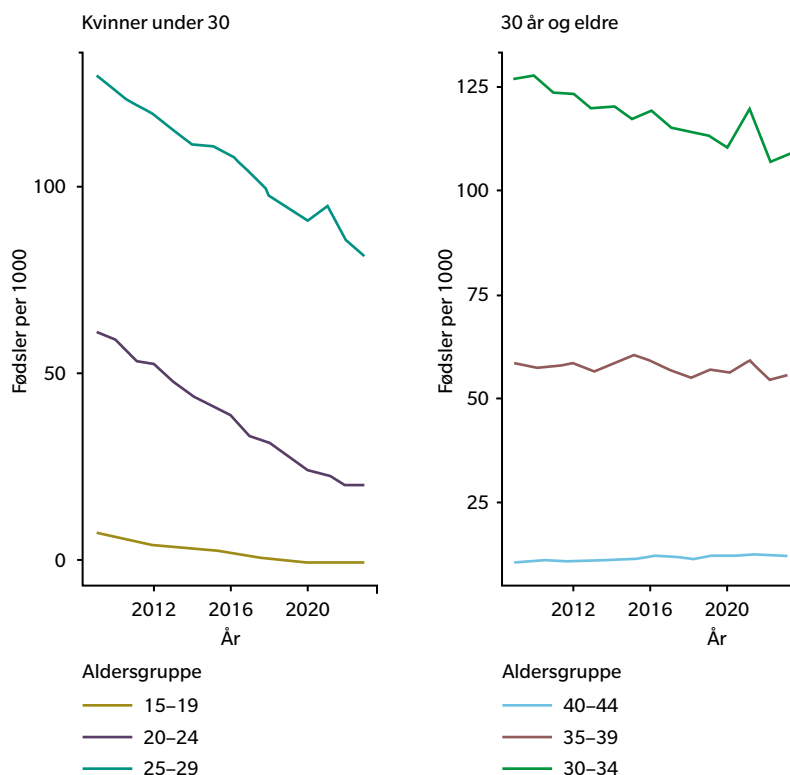
Hvis vi skal beskrive fruktbarheten til kvinner som er født i samme år, altså en fødselskohort av kvinner, ser vi at de blir ett år eldre for hvert kalenderår som går. De beveger seg altså på skrå oppover mot høyre gjennom livet. For å få kohortfruktbarhet må vi summere disse ratene. For eksempel kan vi lese av fruktbarheten til kvinner som er 20 år i 2010 (født i 1990), for aldrene 20–29, fra de gule feltene.

4 Man kan gjøre dette enda mer finstemt ved å beregne tallene separat for hver trekant. Da tar man hensyn til at kvinner som er i samme alder i samme år, faktisk er født i to forskjellige år. For eksempel vil både de som er født i 1990 og de som er født i 1991, være 20 år deler av 2011. (De som er født i 1990 fyller 21 i 2011, men fram til bursdagen sin er de 20.) Da beregnes de aldersspesifikke fruktbarhetsratene for f.eks. kvinner som er 20 år i 2010 separat for kvinner født i 1990 og 1991. I praksis har dette liten betydning, og her går vi ikke inn på det.

Figur 4.2*Periodefruktbarhet i Norden og EU (samlet) etter 2000*Kilde: <https://www.nordicstatistics.org>

Med disse grunnbegrepene på plass er vi klare for noen enkle beskrivelser av fruktbarheten i Norge i dag, og med et raskt tilbakeblikk. Samlet fruktbarhetstall i Norge og resten av Norden har falt bratt siden 2010 (Figur 4.2). Kvinner som lever hele livet sitt med de fruktbarhetsratene vi hadde i Norge i 2022, vil i gjennomsnitt få 1.4 barn. I 2009 var det tilsvarende tallet for Norge 1.98. Fruktbarhetsfallet har vært bratt også i andre nordiske land, og særlig Finland har hatt en utvikling som likner Norges. Hvis vi ser på EU samlet, derimot, finner vi et lavere utgangsnivå, men ikke det samme bratte fallet. I 2022 var fruktbarheten i Norge lavere enn gjennomsnittet i EU.

Hvis vi ser på utviklingen i de aldersspesifikke fruktbarhetstallene i Norge, som SFT er satt sammen av, finner vi et mer nyansert bilde (Figur 4.3). Fruktbarheten faller særlig bratt blant kvinner under 30, og også noe blant kvinner tidlig i 30-årene. Blant kvinner fra 35 år og oppover er fruktbarheten uendret gjennom perioden. Samlet gjør denne utviklingen at vi får barn seinere i livet: Gjennomsnittlig fødealder for kvinner har økt fra 28 til 30 år siden 2010 (Fødselstallsutvalget, 2025).

Figur 4.3*Aldersspesifikke fruktbarhetsrater for Norge***Kilde:** Statistisk sentralbyrås StatBank, Tabell 08555

Dødelighet

Dødelighet – sannsynligheten for å dø i en gitt periode – beregnes etter samme grunnleggende mal som fruktbarhet. Dødelighet varierer mye med alder. Derfor, heller enn å beregne den gjennomsnittlige sannsynligheten for å dø blant alle i Norge, er det vanlig å beregne dødelighetsrater etter alder eller aldersgrupper. Dødelighet varierer også over tid: Det at vi lever lenger kan beskrives som at dødeligheten går ned. Dermed er det vanlig å beregne dødelighet separat etter alder og periode/kalendertid.

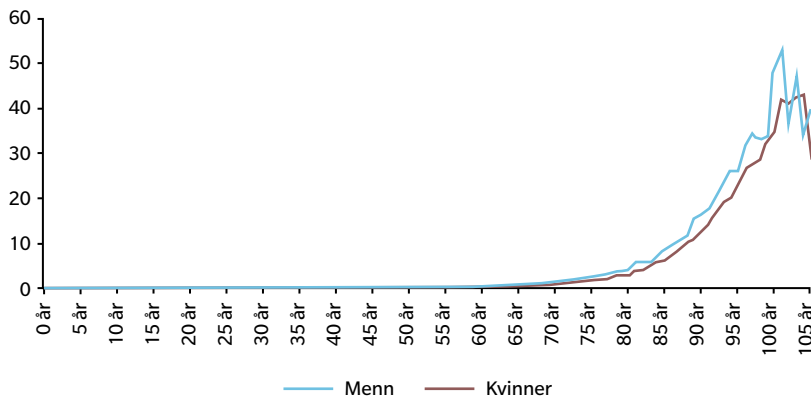
For å beregne sannsynligheten for å dø i en gitt periode trenger vi informasjon om hvor mange personer det er i denne aldersgruppen i perioden, og hvor mange dødsfall det er. Dødelighetsraten blir da (Rowland, 2003, s. 194):

$$Dødelighet_{80-84} = \frac{Dødsfall_{80-84}}{Personer_{80-84}}$$

Figur 4.4 viser dødelighetsratene for menn og kvinner etter alder i 2023, i prosent. Som vi ser, er det under 1 % som dør hvert år i store deler av livet – fram til 67 år for menn og 70 år for kvinner. Deretter øker den årlige sannsynligheten for å dø bratt, og fra rundt 100 år er det nær 50 % som dør i året blant både menn og kvinner. Vi kan også merke oss at dødeligheten er systematisk lavere blant kvinner (rød linje) enn blant menn (blå linje). Denne forskjellen finnes også på de yngre alderstrinnene, men er vanskelig å se på skalaen i Figur 4.4 fordi dødeligheten er lav for begge kjønn.

Figur 4.4

Dødelighetsrater for menn og kvinner etter alder i 2023. Egen omregning fra promille til prosent



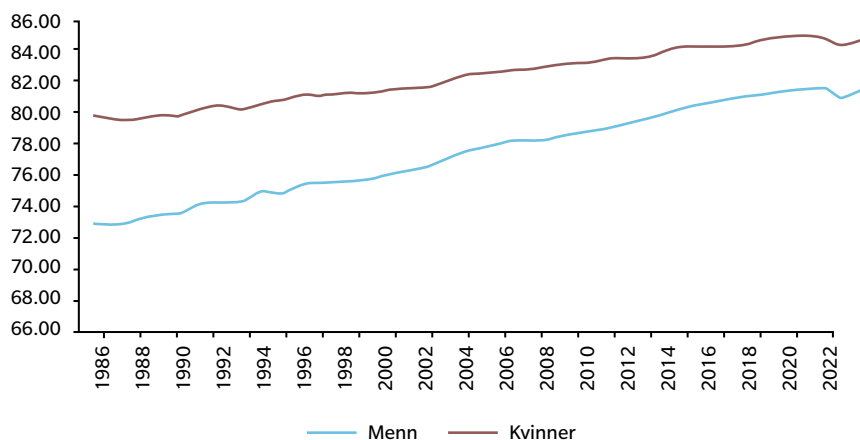
Kilde: Statistikkbanken, Tabell 07902

Basert på dødelighetsratene for alle aldre kan man beregne forventet levealder (se Rowland, 2003, kap. 8). Forventet levealder gir et samlemål for dødelig-

het på tvers av aldre, og brukes mye til sammenlikninger over tid, mellom grupper og mellom land. For å gjøre dette beregnes levealder separat for ulike grupper, slik det for eksempel er gjort etter år og kjønn i figur 4.5. Den viser hvordan forventet levealder har utviklet seg i Norge fra 1986 til 2022. I Norge var forventet levealder ved fødsel 81 år for menn og 84 år for kvinner i 2023. To trekk er slående. For det første er det en betydelig økning i levealder for både menn og kvinner gjennom perioden. For det andre lever kvinner betydelig lenger enn menn. Forskjellen blir imidlertid mer enn halvert gjennom perioden, fra nesten syv år i 1986 til litt over tre år i 2023. I perioden vi ser på, har menn altså et dårligere utgangspunkt enn kvinner, men opplever en større forbedring enn kvinner. Figuren viser en lavere forventet levealder i 2022 enn i året før, noe som kan tilskrives at det var betydelig flere dødsfall enn vanlig i 2022 (Knudsen mfl., 2024). Dette er naturlig å se i sammenheng med COVID-19-pandemien. I Norge var det underdødelighet i 2020 og 2021, som innebærer at færre personer enn man ellers ville ventet døde disse årene (Haghighi mfl., 2024). Etter en periode med underdødelighet kan man vente økt dødelighet: Det er flere som har overlevd et år til. Forventet levealder i 2022 blir bestemt av alle som døde i 2022 for alle aldre, og følger av den økte dødeligheten dette året.

Figur 4.5

Forventet gjenstående levetid ved fødsel for menn og kvinner



Kilde: Statistisk sentralbyrå StatBank, Tabell 03375

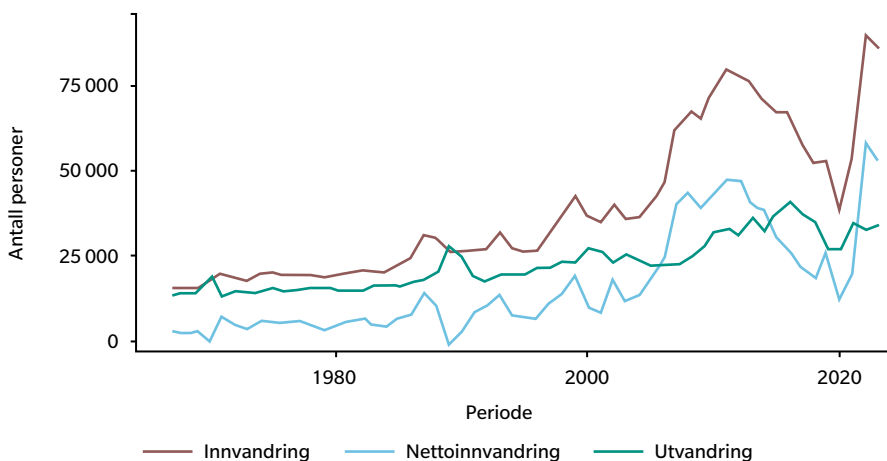
Levealder etter år er, som periode-SFT, et periodemål: Levealderen i 2022 er antall år en person i gjennomsnitt vil leve, hvis de aldersspesifikke dødelighetsratene for hver alder er slik de var i 2022. Også for dødelighet finnes det mål som utnytter andre tidsdimensjoner, og de ulike målene kan også her illustreres med et Lexisdiagram. Gjennomsnittlig levealder for periode er basert på at man leser av dødelighetsrater horisontalt (for et gitt kalenderår). Tilsvarende kan man beregne levealder for kohorter (den faktiske gjennomsnittlige levealderen for menn og kvinner født i et gitt år) ved å lese av dødelighetsrater på skrå oppover fra venstre mot høyre. Til slutt kan man sammenlikne hvordan dødelighet i en spesifikk aldersgruppe har endret seg over tid, ved å lese av et Lexis-diagram med dødelighetsrater horisontalt.

Migrasjon

Flyttinger over landegrenser er internasjonal migrasjon. *Immigrasjonen* til Norge beskriver antall personer som flytter inn til Norge, og *emigrasjon* er antall som flytter ut. Som figur 4.6 viser, har Norge over en lengre periode hatt nettoinnvandring – det er altså flere som flytter inn til Norge enn som flytter ut. Migrasjon påvirker behovet for helsetjenester fordi det påvirker hvor mange som bor i et land, og hvor gamle de er. De som immigrerer kan også ha andre kjennetegn enn gjennomsnittsbefolkningen: enten ved at de er hentet som spesialister for å bidra til petroleumsnæringen eller helsetjenesten (såkalt arbeidsmigrasjon), eller ved at de har vært utsatt for traumer eller av andre grunner har økt behov for helsetjenester, noe som særlig er relevant for mennesker på flukt. Migrasjon reguleres av innvandringspolitikken, og EUs krav om fri bevegelse av arbeidskraft (NOU 2022:18).

Figur 4.6

Innvandring, utvandring og nettoinnvandring (innvandring–utvandring) for Norge



Kilde: Statistisk sentralbyrå StatBank, Tabell 05476

4.2 Demografisk utvikling i framtiden

Hvert annet år publiserer Statistisk sentralbyrå framskrivninger av den norske befolkningen (se for eksempel Tømmerås & Thomas, 2024). Her vil vi gå kort igjennom grunntrekkene i hvordan slike framskrivninger gjøres, og forutsetningene som inngår i dem. Slike framskrivninger har to hovedingredienser:

- Kunnskap om befolkningsstrukturen vi har i dag
- Forventninger om hvordan de tre kjerneprosessene – fruktbarhet, dødelighet og migrasjon – vil utvikle seg i framtiden

Usikkerheten knyttet til framskrivninger er alltid større på lang sikt enn på kort sikt. I tillegg er det stor forskjell mellom de tre kjerneprosessene i hvor enkle de er å framskrive:

- *Dødelighet* kan framskrives med relativt stor sikkerhet. Av de tre komponentene er det den som har mest gradvise endringer.
- Å framskrive *fruktbarhet*, selv på relativt kort sikt, har vist seg å være notorisk vanskelig (Rogne, 2016). Det skyldes i hovedsak at det å få barn er et valg som blir påvirket av en myriade av faktorer: økonomi, utdanningsnivå, verdier, trender, samfunnsmessig usikkerhet, religion. Disse faktorene kan bidra til at fruktbarheten skifter betydelig, på måter som man ikke kan forutse fra den tidligere utviklingen. Disse determinantene og effekten deres på fruktbarhet er krevende nok for forskerne å beskrive, og tilnærmet umulig å forutsi presist.
- *Migrasjon* er enda mer krevende å framskrive. Som fruktbarhet er dette en determinant som påvirkes av valg som er vanskelige å forutsi. I tillegg har internasjonale forhold, som krig og katastrofer, betydelig påvirkning på internasjonal migrasjon, på måter som i hovedsak er svært vanskelige eller umulige å predikere. Migrasjon påvirkes til dels direkte av nasjonal politikk på en annen måte enn de to andre komponentene – men slik politikk er heller ikke enkel å forutsi.

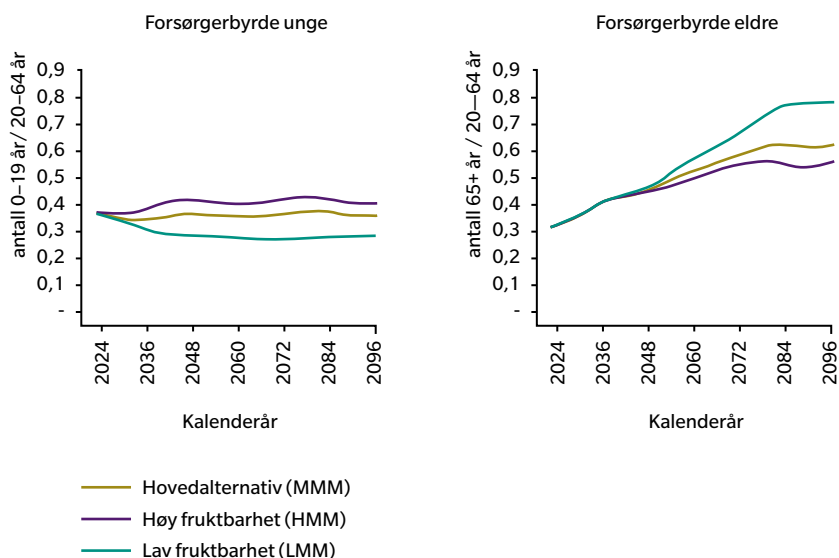
Fordi man må gjøre så mange antakelser knyttet til hver determinant, kan det være nyttig å tenke på befolkningsframskrivninger som scenarier: Dette er slik befolkningsstørrelsen vil bli, gitt antakelser om utvikling i fruktbarhet, dødelighet og migrasjon. Med utgangspunkt i utviklingen i disse determinantene, og kunnskap om befolkningsstrukturen i dag, kan forventninger om framtidig befolkningsstørrelse beregnes. Det er grunnen til at SSB på den ene siden kan forvente at det skal bo 6,14 millioner mennesker i Norge i 2050 i et «mellomscenario» for alle determinanter – men 5,80 millioner mennesker hvis fruktbarheten følger en lavere bane.⁵

Figur 4.7 viser forsørgerbyrden for unge (venstre panel) og eldre (høyre panel) i SSBs scenarier for høy, middels og lav fruktbarhet. Forsørgerbyrden angir antall unge/eldre per person i arbeidsfør alder. Forsørgerbyrden for unge blir høyere hvis fruktbarheten er høy (en må passe flere barn). Forsørgerbyrden for eldre vil øke fram mot 2050 uavhengig av fruktbarhetsnivå. På lang sikt (fra 2060) vil økningen i forsørgerbyrden være størst ved lav fruktbarhet i dag.

5 Tall hentet fra Statistisk Sentralbyrås StatBank, tabell 14282.

Figur 4.7

Framskrevet forsørgerbyrde for unge og eldre ved ulike alternativer for fruktbarhet. 2024–2100



Kilde: SSB, Tabell 14282. Hentet fra Fødselstallsutvalget (2025)

4.3 Helsetjenestebruk etter alder

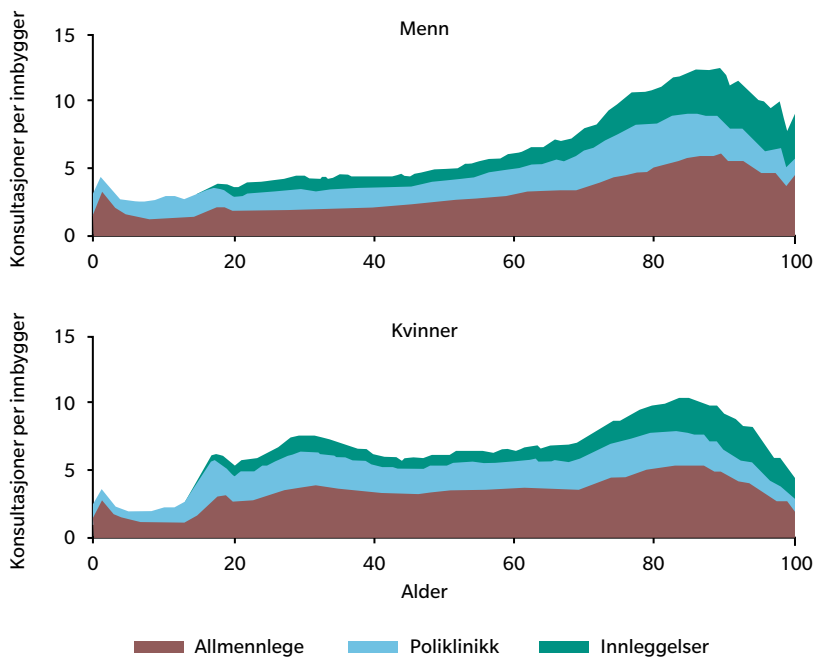
Helsetjenestebruk i ulike deler av livet

Gjennom livet bruker vi ulike deler av helsetjenesten, og i ulikt omfang. I løpet av det første leveåret vårt har de aller fleste kontakt med helsetjenesten. De fleste nyfødte blir født på sykehus, og mange er i kontakt med fastlege eller legevakt. I tillegg kommer utstrakt bruk av helsestasjon. Etter det første leveåret går helsetjenestebruken ned og ligger på et relativt lavt nivå gjennom barneårene. Ved seksten års alder viser figur 4.8 en økning i allmennlegebruk. Dette kan med stor sannsynlighet knyttes til fraværsgrensen på videregående

skole og behovet for legeerklæringer ved fravær fra skolen, men kan også henge sammen med en mulig økning i helseplager.

Figur 4.8

Helsetjenestebruk gjennom livet



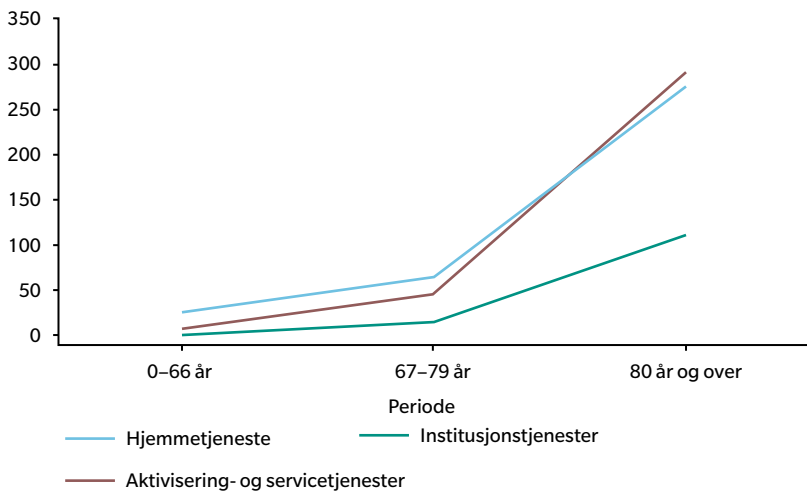
Hentet fra Folkehelse rapporten (2022), s. 35

Fra tenårene viser figur 4.8 høyere bruk av helsetjenester for kvinner enn for menn. Dette gjelder både bruk av allmennlegetjenester og sykehusinnleggelser. For kvinner ser vi en økning i helsetjenestebruk fra slutten av tjuetårene til om lag 40 år, noe det er nærliggende å knytte til graviditet og fødsel. Imidlertid kan ikke hele forskjellen i den økte bruken av allmennlege forklares av konsultasjoner relatert til unnfangelse, graviditet og fødsel. For menn øker helsetjenestebruken svakt fra om lag 40 år. Fra om lag 70 års alder er forskjellene mellom menn og kvinner i stor grad visket ut, og etter 70 år bruker menn mer av spesialisthelsetjenestene enn kvinner gjør.

Med høyere alder følger økt risiko for behov for helsetjenester. Bruken av allmennlegetjenester øker betydelig fra om lag 70 år fram til rundt 85 år. Etter 85 år begynner bruken av allmennlegetjenester å synke. En medvirkende faktor kan være at flere bor på sykehjem, der allmennlegetjenestene dekkes av en tilsynslege.

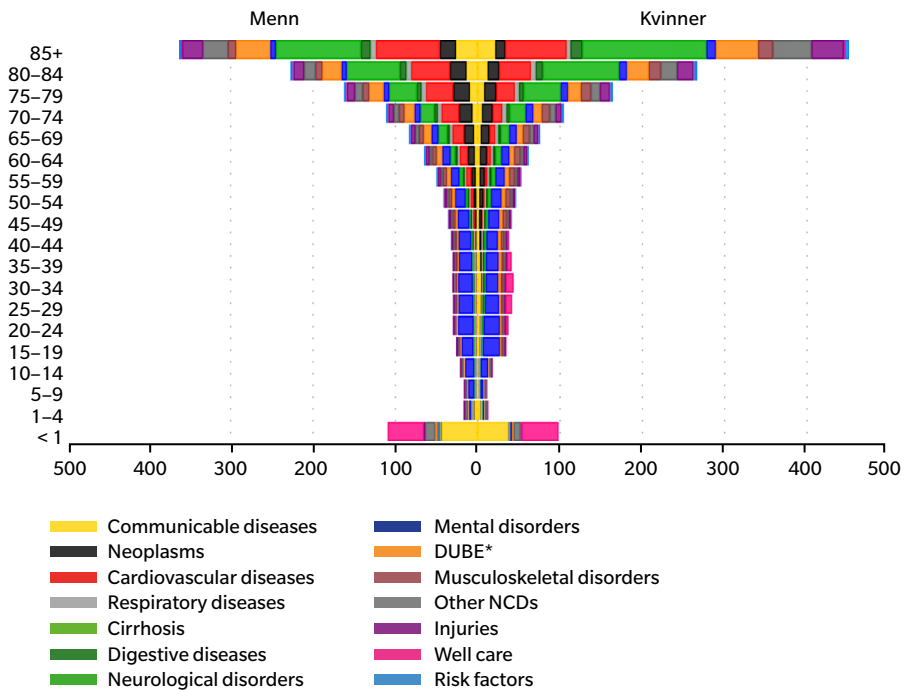
Figur 4.9

Bruk av omsorgstjenester for ulike aldersgrupper 2022



Kilde: SSBs statistikkbank, Tabell 12003

Figur 4.9 viser brukere av hjemmetjeneste, institusjonstjenester og aktivitets- og servicetjenester for tre aldersgrupper. For personer under 66 år er det rundt 23,3 brukere per 1000 personer av hjemmetjenester, 1,3 brukere av institusjonstjenester og 8,5 brukere av aktivitets- og servicetjenester. Dette øker kraftig i aldersgruppen 67 til 79 år, med en ytterligere akselerasjon for personer over 80 år. Blant personer over 80 år er det 112 brukere av institusjonstjenester per 1000 personer, og 277 brukere av hjemmetjenester per 1000 personer. Mønsteret som beskriver kraftig økning av bruk av omsorgstjenester med alder er ikke overraskende, men likevel viktig å merke seg, og komplimenterer mønsteret for bruk av allmennlege, sykehus og poliklinikk gjennom livsløpet.

Figur 4.10*Beregnete helsetjenestekostnader per person etter kjønn og alder***Kilde: Kinge mfl. (2023)**

Det er ikke bare helsetjenestebruken som øker gjennom livsløpet; det gjør også kostnadene i helsetjenesten. I figur 4.10 ser vi beregnede helsetjenestekostnader per person for ulike aldersgrupper fra Kinge mfl. (2023). Figuren viser i stor grad det samme bildet som helsetjenestebruk: betydelige kostnader i første leveår, relativt lave kostnader gjennom barndom, ungdom og første del av voksenlivet, og høyere kostnader for kvinner i årene de typisk bærer fram barn. Gjennom ungdom og unge voksenår er størstedelen av helsetjenestekostnadene knyttet til mental helse. Fra 50 års alder ser vi en økning i kostnadene, og kostnader knyttet til en lang rekke sykdommer trer fram. Med aldringen øker kostnadene betydelig, og mot slutten av livet er det særlig kostnader knyttet til nevrologiske sykdommer som øker. Disse

kostnadene er i stor grad relatert til demens, som krever betydelige ressurser i omsorgstjenestene, men også i helsetjenesten ellers.

4.4 Demografisk endring og helsetjenesten

Aldring setter helsetjenesten under press fra to sider

Demografisk endring treffer helsetjenesten på flere måter. Som vist i figur 4.7 vil forsørgerbyrden for eldre øke betydelig i årene framover. Dermed påvirkes både behovet for helsetjenester og den tilgjengelige arbeidskraften til å utføre dem. Den demografiske endringen kan derfor sies å gi endringer både på tilbuds- og etterspørselssiden. Som vi har sett tidligere i kapitlet, er det betydelig variasjon i hvor mye helsetjenester man bruker gjennom livet. Dermed følger det at både *befolkningsstørrelsen* og *aldersstrukturen* er helt avgjørende for hvor mye og hvilke helsetjenester det er behov for. Etterspørselen etter helsetjenester øker med alder. En eldre befolkning vil dermed trenge mer helsetjenester enn en yngre befolkning av samme størrelse. Når den norske befolkningen blir eldre i årene framover, vil behovet for helsetjenester øke.

Tilbudet av helsetjenester styres i hovedsak av politisk vedtatte budsjett-rammer for å dekke kostnader, men tilgangen på arbeidskraft utgjør også en begrensning. Tilgangen på arbeidskraft kan heller ikke nødvendigvis endres ved hjelp av politiske vedtak og prioriteringer. Framtidens befolkningsstørrelse og -struktur har imidlertid stor betydning for tilgangen på arbeidskraft, og dermed for hvor mange som kan utføre helsetjenester. I sin vurdering av hvordan lav fruktbarhet kan påvirke Norge i framtiden, legger Organisasjonen for sikkerhet og samarbeid i Europa (OECD) spesielt vekt på denne faktoren (OECD, 2023).

Endringer i aldersstrukturen i befolkningen har dermed spesielt stor betydning for balansen mellom tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. En aldrende befolkning vil etterspørre flere helsetjenester, men samtidig vil det være en mindre andel som er i arbeidsdyktig alder og kan tilby de samme tjenestene.

Friskere aldring

Levealderen har økt i de fleste land i verden, også i Norge, og vi venter at levealderen vil fortsette å øke også i tiden fremover. Når vi lever lenger, oppstår spørsmålet om hvordan helsetilstanden vil være i alderdommen: Vil vi ha flere friske leveår, eller flere år som skrøpelige? Dette er en stor debatt som går langt tilbake. Gruenberg (1977) hevdet tidlig at høyere levealder medførte at flere overlevde med dårligere helse. Fries (1983) argumenterte derimot for at høyere levealder gikk sammen med flere år med god helse. Empiriske studier gir et blandet bilde, men studier tyder overordnet på at det først og fremst er flere gode leveår i Europa (Jacobzone, 2011) og Norden (Moe & Hagen, 2011; Sulander mfl., 2003), men med store variasjoner mellom land (Jagger mfl., 2008). Et annet perspektiv er den såkalte «red herring-hypotesen», som foreslår at sammenhengen mellom aldring og helsetjenestebruk er spuriøs: De eldste i samfunnet bruker mest helsetjenester fordi de er nærmest livets slutt. Når framtidens eldre har lenger forventet levealder, vil de også bruke mindre helsetjenester. Evidensen for denne hypotesen er imidlertid blandet (Breyer & Lorenz, 2021).

Syse og Hjemås (2024) finner at det hittil ikke har vært slik at folk bruker mindre helsetjenester som «unge gamle» fordi de lever lenger. Dermed forventer de at økt aldring vil medføre økt helsetjenestebruk framover. Hvordan dette utvikler seg, vil ha stor betydning for hva vi ser for oss i helsetjenesten framover. Kanskje blir det en slags mellomløsning: Vi behandler tilstander som tidligere ikke kunne behandles. Dette kan gi både flere leveår og økt livskvalitet, men samtidig øke behovet for helsehjelp i årene etter.

Aldringen treffer ujevnt etter region

Noen regioner opplever stor utflytting og lav fruktbarhet, mens andre har tilflytting, befolkningsøkning og mange fødsler, til tross for synkende fruktbarhetstall i landet som helhet. Det betyr at Norge aldres i ujevn takt. I de regionene der aldringen er kraftigst, vil helsetjenesten settes under betydelig press.

Aldringen påvirker alle delene av helsetjenesten, men kanskje omsorgstjenestene i aller størst grad. I kommuner som opplever den største aldringen, vil endringer i befolkningsstrukturen derfor sette omsorgstjenestene under et spesielt stort press.

Hvordan tilpasse helsetjenesten til en aldrende befolkning?

I noen deler av helsetjenesten vil teknologisk utvikling kunne bidra til effektivisering. For eksempel har kunstig intelligens gjort store framskritt de siste årene, og kan i økende grad bidra til å assistere med administrative og også kunnskapsintensive oppgaver som diagnosesetting. En stadig mer effektiv organisering kan også bidra til å bruke ressursene på en god måte.

Samtidig finnes det deler av helsetjenesten som ikke så lett lar seg automatisere. Her er det vanskelig å se for seg annet enn at behovet for arbeidskraft vil øke i takt med aldringen. Dette gjelder særlig stell og praktisk hjelp. Hvordan dette best kan løses i framtiden, avhenger av mange faktorer. I den grad økt arbeidsinnvandring er politisk og praktisk mulig, og det er tilgang på kvalifisert personell, kan det bidra til å øke arbeidstilbudet. Det er imidlertid ikke opplagt at tilgangen til kvalifisert arbeidskraft internasjonalt vil fortsette å være god, etter hvert som de fleste vestlige land opplever en betydelig aldring. Det er også viktig å bemerke at arbeidsinnvandrere har sin egen demografi, og at de også vil trenge helsetjenester gjennom livet og når de en gang går inn i pensjonistenes rekke.

4.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi beskrevet de tre grunnleggende demografiske komponentene – fruktbarhet, dødelighet og migrasjon. Vi har vist hvordan man beregner demografiske kjernemål på fruktbarhet og dødelighet, og beskrevet hvordan disse varierer med alder i Norge. Vi har beskrevet utviklingen i fruktbarhet, dødelighet og migrasjon over tid, med fokus på Norge. Videre har vi presentert hvordan helsetjenestebruk varierer gjennom livet. Det følger dermed at demografiske endringer gir endringer i rammebetingelsene for helsesektoren. Ettersom vi vil bli eldre, vil det både bli flere som trenger tjenester, og færre til å levere tjenestene. At vi er friskere lengre, kan lette noe av byrden på framtidens helsetjeneste.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 4

Korte spørsmål om definisjoner

1. Hvordan beregner man aldersspesifikk fruktbarhetsrate for kvinner i alderen 30–34 år?
2. Hva er periodefruktbarhet?
3. Hva er kohortfruktbarhet?
4. Hva er nettoinnvandring? Har Norge positiv eller negativ nettoinnvandring?
5. Hvordan beregner man forventet levealder?
6. Hvordan definerer vi dødelighet?
7. Har menn eller kvinner opplevd den største endringen i forventet levealder?
8. Hva er forsørgerbyrde for unge og eldre?

MINDRE DRØFTINGSOPPGAVER

- Beskriv utviklingen i levealder over tid. Hva gjør endringene i levealder med befolkningssammensetningen (andel yngre og eldre i befolkningen), og hvordan påvirker det helsetjenesten? Trekk inn kunnskap om hvordan helsetjenestebruk endrer seg gjennom livsløpet.
- Hvordan påvirker fruktbarhetsnivået i dag forsørgerbyrde for eldre i framtiden?

Del B

Kommunehelsetjenesten

Vi starter med en historisk beskrivelse av utviklingen av kommunehelsetjenesten de siste 50 årene (kapittel 5). Vedtaket av Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven] i 1983 representerte her et grunnleggende veivalg. Det førte til at allmennlegene, sykehjemmene og etter hvert ansvaret for psykisk utviklingshemmede ble flyttet til kommunene. Hva er de prinsipielle argumentene for å legge så grunnleggende tjenester som allmennlegene og pleie- og omsorgstjenestene til kommunene, og hva er argumentene mot?

Det neste kapittelet (kapittel 6) analyserer kommunenes finansiering og hvordan inntektsvariasjoner påvirker tilbudet av helse- og omsorgstjenester. Kommunene henter hovedsakelig inntekter fra to kilder: skatt på inntekt og formue og rammeoverføringer fra staten. Helse- og omsorgstjenester utgjør den største utgiftsposten, med 33,6 % av kommunenes driftsutgifter. Kapittelet viser at kommunale inntektsvariasjoner har betydelige effekter på både sannsynligheten for å få tjenester og utgiftsnivået per bruker.

I kapittel 7 går vi nærmere inn på organiseringen og finansieringen av allmennlegetjenestene, og i kapittel 8 gjør vi en tilsvarende gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene. I begge kapitlene diskuteres aktuelle temaer og problemstillinger som rekruttering av fastleger og utfordringene forbundet med ressurskrevende brukere.

