

Sundhedsvæsenets udfordringer

Sundhedsstrukturkommissionen

Forord

Danmark har et sundhedsvæsen med mange dygtige medarbejdere i kommuner, praksis og på sygehusene. De yder hver dag deres bedste for at give patienterne en god behandling, og sundhedsvæsenet har på lange stræk kunnet levere forbedrede resultater i de forgangne 20 år.

Men vi står over for en markant udvikling i sygdomsbilledet, samtidig med at der ikke kommer flere i den arbejdsdygtige alder. En udvikling sundhedsvæsenet ikke er rustet til i dag.

Stadig flere patienter vil være alderssvækkede eller leve med en eller flere kroniske sygdomme. Det er patienter, som i mange tilfælde behandles bedst i det nære sundhedsvæsen, men ofte oplever fragmenterede forløb på tværs af flere sektorer i sundhedsvæsenet.

Regeringen har bedt Sundhedsstrukturkommissionen se fordomsfrit på modeller for sundhedsvæsenets fremtidige organisering. En vigtig nød at knække er, hvordan der skabes et samlet ansvar for de mange patienter, som bevæger sig på tværs af sundhedsvæsenet. En anden nød er, hvordan det nære sundhedsvæsen kan styrkes i hele landet.

Vi ser frem til indspark fra deltagere på sundhedstopmødet, hvor vi stiller spørgsmålet: Hvordan kan vi organisere sundhedsvæsenet, så vi håndterer morgendagens udfordringer?

På vegne af Sundhedsstrukturkommissionen



Jesper Fisker, formand for Sundhedsstrukturkommissionen

Indledning

De sidste 20 år har især sygehusvæsenet via investeringer og moderniseringer gennemgået en nødvendig og vellykket udvikling.

Overlevelsen for patienter med kræft- og hjertesygdomme er strøget i vejret og er nu på niveau med de bedste lande. Det er en udvikling og et resultat, som alle må glæde sig over.

Men sundhedsvæsenet er ikke indrettet til at håndtere den opgave, som følger af den demografiske udvikling. For mange patienter oplever, at deres forløb ikke hænger sammen, eller at de bliver indlagt på sygehuset, hvor det kunne være undgået med en tidlig indsats. Og sundhedstilbuddene er skævt fordelt i landet.

Sundhedsvæsenet står således overfor en række betydelige strukturelle udfordringer.

Denne rapport illustrerer kommissionens vurdering af de mest centrale udfordringer. Alle udfordringerne vil forværres af den demografiske udvikling. Indledende beskriver rapporten betydningen af den demografiske udvikling for sundhedsvæsenet.



Nye forudsætninger for sundhedsvæsenet

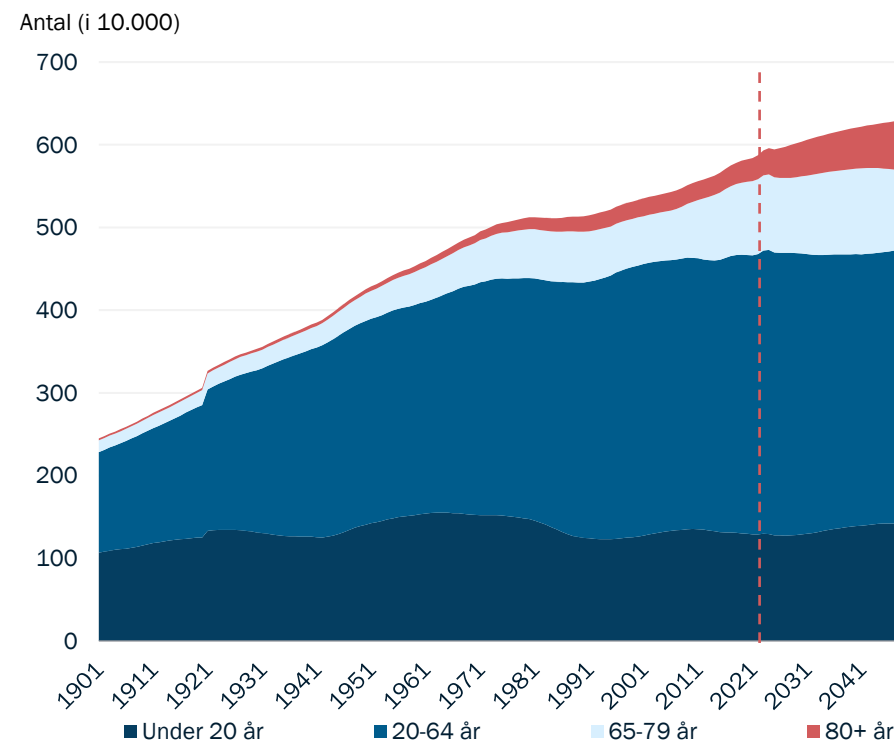
Den demografiske udvikling ændrer grundlæggende på forudsætninger for at udvikle sundhedsvæsenet de næste mange år.

- For det første vil flere leve længere med behandlings- og plejekrævende tilstande.
- For det andet vil antallet af borgere i den arbejdsdygtige alder stagnere.

Det er med andre ord ikke realistisk eller hensigtsmæssigt, at antallet af beskæftigede i sundhedsvæsenet udvikler sig i samme takt som antallet af borgere, der må ventes at efterspørge indsatser i sundhedsvæsenet.

Det udgør en særlig udfordring for det nære sundhedsvæsen, hvor flere ældre får behov for pleje og personlig hjælp.

Figur 1: Befolkningstilvækst fordelt på aldersgrupper, 1901-2050F



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne BEFOLK1 samt FRDK123.

Anm: Stiplet rød linje indikerer begyndelsen af fremskrivning.

Nye krav fra demografi og sygdomsbillede

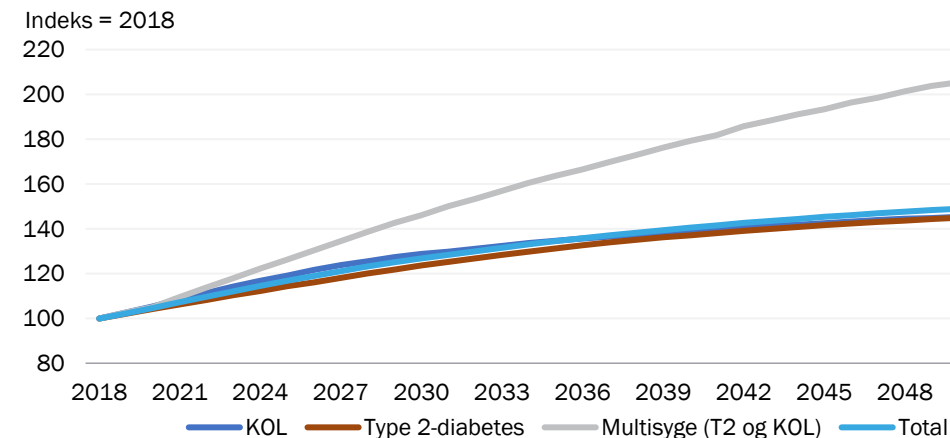
Ændringer i sygdomsbilledet stiller nye krav til sundhedsvæsenets opgaveløsning.

- En fremskrivning viser, at antallet af mennesker med KOL eller diabetes stiger med 35% frem mod 2035 og fortsætter derefter. Det betyder, at der i 2035 vil være 130.000 flere med en eller begge af disse sygdomme, jf. figur 2.
- På ca. 10 år er antallet af hhv. voksne og børn, som har modtaget en psykiatrisk diagnose steget med mere end 20%, jf. figur 3.

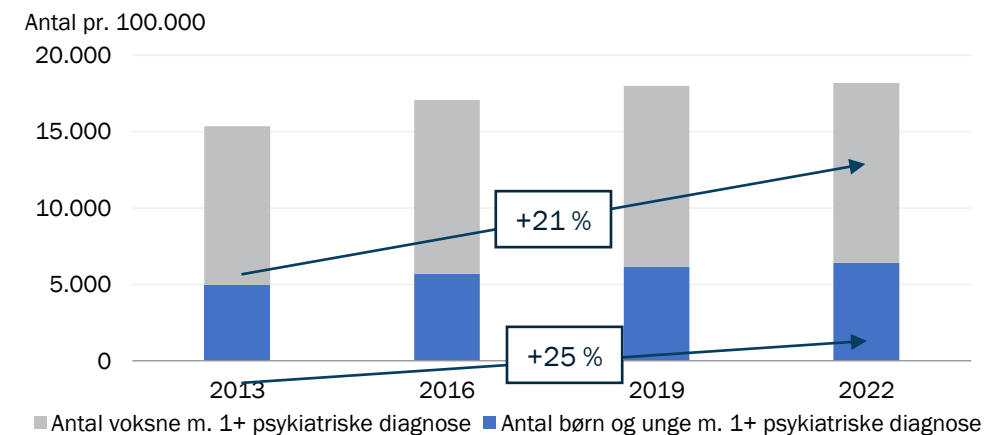
Ifølge Sundhedsstyrelsen vil en stor andel af disse patienter have gavn af et helhedsorienteret tilbud, forankret i det nære sundhedsvæsen, frem for at ansvaret for deres forløb er spredt ud på flere aktører.³

For særligt skrøbelige patienter er fragmenterede forløb og sygehusindlæggelser en betydelig risiko, og de bør derfor behandles i eget hjem.

Figur 2: Antal borgere med udvalgte kroniske sygdomme, 2018-2050F¹



Figur 3: Forekomsten af psykiatriske diagnoser for hhv. børn og voksne, 2013-2022²



Kilde: 1: Incidens og prævalens af kroniske sygdomme (DREAM, 2023). 2: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregistret og Det Centrale Personregister). 3: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2023)

Anm.: 1: Fremskrivningen er lavet pba. Mikrosimuleringsmodellen SMILE. De udvalgte kroniske sygdomme er kronisk-obstruktiv lungesygdom (KOL), type-2 diabetes eller begge dele. Metode uddybes i bilag.

Sundhedsvæsenets udfordringer

I de følgende afsnit præsenteres kommissionens vurdering af de tre væsentligste strukturelle udfordringer. Fælles for de tre udfordringer er, at de vil forværres af den demografiske udvikling, som bliver stadig mere påtrængende år for år.

Der er ikke tale om et udtømmende udfordringsbillede, men kommissionen vurderer, at de tre udfordringer er illustrative for de udfordringer, som skal adresseres, hvis sundhedsvæsenet skal kunne møde fremtidens behov og efterspørgsel.

1

Uklart ansvar for det samlede patientforløb

Der mangler samlet ansvar for og sammenhæng i de patientforløb, som går på tværs af sygehus, kommune og almen praksis.

2

Ubalance mellem det nære og det specialiserede sundhedsvæsen

Ændringer i sygdomsbilledet kræver en ny prioritering af indsatser i det nære sundhedsvæsen.

3

Skæv fordeling af sundhedstilbud

Behovet for og adgangen til sundhedstilbud varierer på tværs af landet.

Udfordring 1: Uklart ansvar for det samlede patientforløb

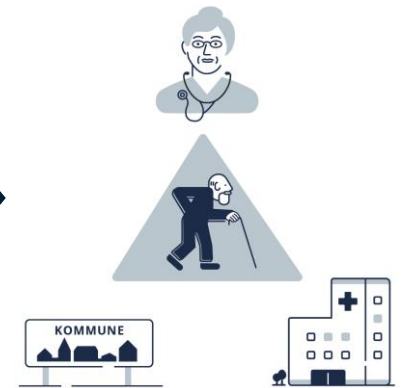
Utilstrækkelig sammenhæng i behandlingsforløb fremhæves som en helt central udfordring i sundhedsvæsenet af de patienter og pårørende, som kommissionen har talt med.

Særligt ældre medicinske patienter med skrøbelighed og patienter med flere kroniske sygdomme risikerer ikke at modtage den mest egnede behandling ved forløb på sygehuset som følge af en udvikling mod stadig øget specialisering.

Uden ændringer i opgaveløsningen vil antallet af berørte stige i takt med at antallet af behandlingsforløb, som går på tværs af tre sektorer, stiger markant som følge af demografien.

Der er mange gode eksempler på løsninger, både analoge og digitale, som kan understøtte sammenhæng og bedre behandlingsforløb, men udbredelsen går for langsomt.

Derfor skal organisering og strukturer i fremtidens sundhedsvæsen i højere grad understøtte disse patienters samlede forløb. Det indebærer bl.a., at det nære sundhedsvæsen, herunder særligt de almen medicinske tilbud, har et klarere ansvar for og ressourcer til at kunne håndtere behandling af komplekse og skrøbelige patienter.



Patienterne oplever usammenhængende forløb

- Patienter oplever, at der mangler fokus på det hele menneske og en person, som tager ansvar for det samlede behandlingsforløb. Det fremgår af de borgermøder, som kommissionen har afholdt.¹
- I en undersøgelse fra 2016² vurderede 66% af danskerne, at der mangler sammenhæng mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer, jf. figur 4.
- Ifølge Sundhedsstyrelsen³ har sundhedsvæsenet haft et længerevarende fokus på centralisering og specialisering. Det har særligt gavnet patienter med ligefremme behandlingsforløb, som er afgrænsede inden for ét medicinsk speciale. Men de patienter, hvis behandlingsforløb går på tværs af flere specialer, har ikke oplevet samme kvalitetsløft.

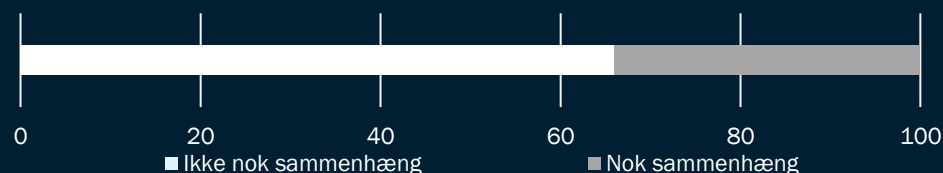
“

På gigtafdelingen siger de: "Jamen, vi arbejder jo sammen med 20 kommuner, og jeg ved sørme ikke, hvad din kommune har [af tilbud]". Så der er meget opsøgende arbejde, som ligger på patientens skuldre.¹

“

Jeg forstår godt, at specialisering er med til at gøre, at vi får højt kvalificeret behandling, men det er et problem, når det så er sådan, at operationen lykkedes, men patienten døde, og det var fordi, det var en anden afdeling, der skulle have taget sig af stingene. Det giver ikke mening at have noget, der er så fragmenteret. Som patient er det i hvert fald sådan, det opleves.¹

Figur 4: Hænger sundhedsvæsenet godt nok sammen?²

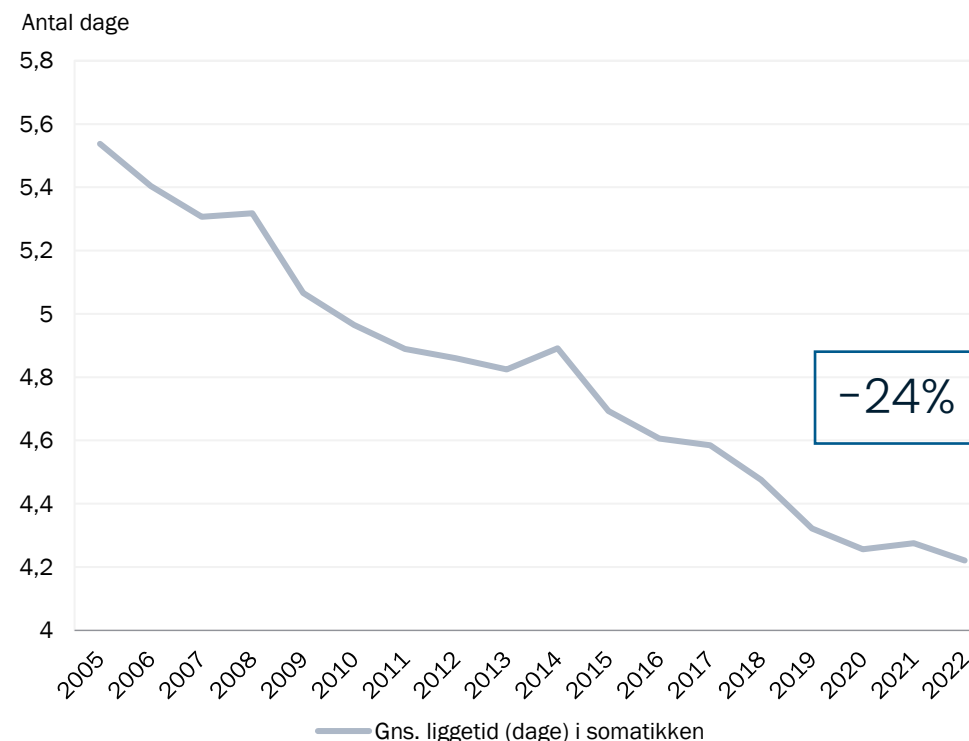


Kilde: 1: Patienter og pårørendes oplevelser med, og ønsker til, sundhedsvæsenet. Afrapportering fra feedbackmøde med patienter og pårørende (VIBIS, 2023). 2: Sundhedsvæsenet ifølge danskerne (Trygfonden & Mandag Morgen, 2016 3: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2023)

Stigende opgavekompleksitet i det nære

- Over en årrække er liggetiden på sygehusene nedbragt, så Danmark i dag har den korteste indlæggelsestid sammenlignet med EU og andre nordiske lande, jf. figur 5.
- Udviklingen afspejler bl.a. omlægning til mere skånsom behandling, som muliggør, at patienterne kan være i eget hjem – evt. med indsatser i det nære sundhedsvæsen.
- Udviklingen betyder samtidig, at patienter udskrives med mere komplekse pleje- og fortsatte behandlingsbehov, som skal håndteres i et samarbejde på tværs af tre sektorer eller i samarbejdet mellem praktiserende læge og kommuner.²
- Ifølge KL steg andelen af +80-årige, som har behov for kommunal sygepleje i mere end tre dage efter udskrivning fra sygehus fra 23% til 36% fra 2017 til 2021.³
- Varetagelsen af flere komplekse behandlings- og plejeopgaver i det nære stiller krav om, at aktørerne løbende koordinerer og tilpasser sin opgaveløsning og arbejdsdeling for at tilbyde patienterne et sammenhængende behandlingsforløb.

Figur 5: Gennemsnitlig liggetid på somatiske sygehuse, 2014–2021¹



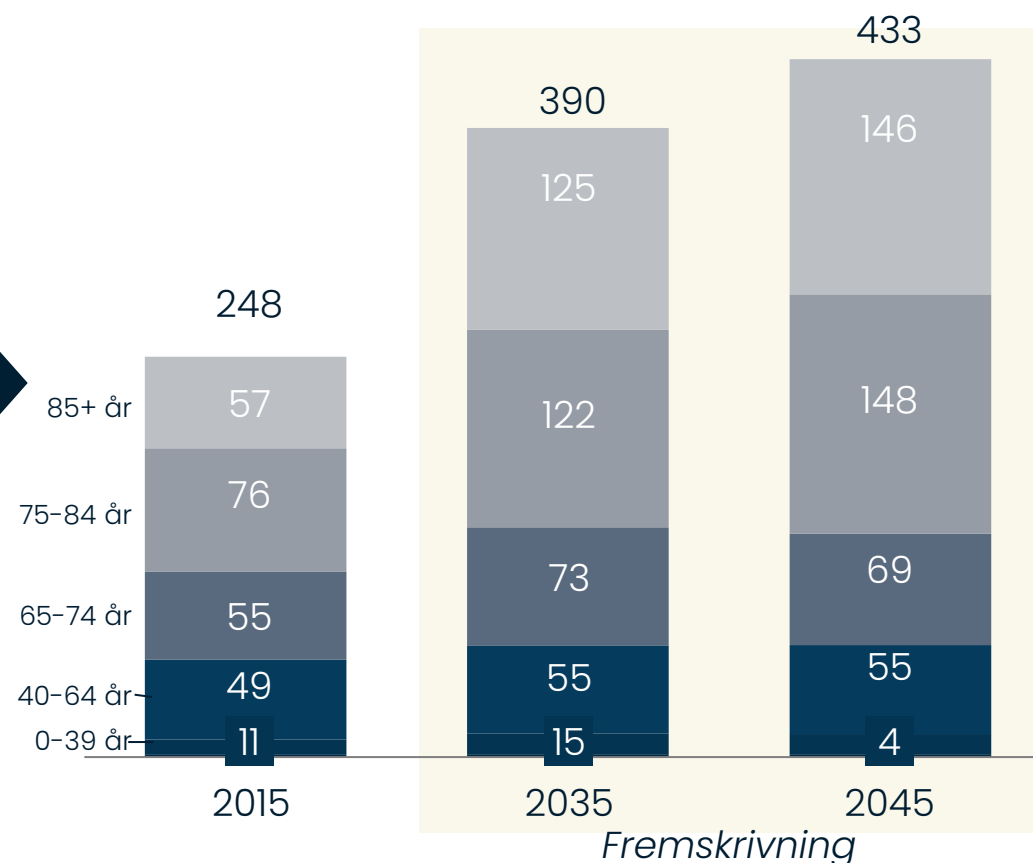
Kilde: 1: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023, Sundhedsdatastyrelsen. 2: Primary Health Care in the Nordic Countries: Comparative Analysis and Identification of Challenges (VIVE, 2020). 3: Sådan styrker vi det nære sundhedsvæsen tilbud til ældre patienter (KL & Ældre Sagen, 2023)

Anm.: 1: Liggetiden er beregnet i dage for indlæggelser (sygehusophold \geq 12 timer). Somatikken er defineret ved, at alle kontakter i indlæggelsen er somatiske

Flere patienter med kontakt til alle tre sektorer

- En fremskrivning af antallet af patienter med forløb på tværs af tre sektorer viser en vækst på 60% på 20 år. Langt størstedelen er over 65 år, jf. figur 6.
- For patienter med komplekse behandlingsbehov eller skrøbelighed repræsenterer sektorovergange risiko for tabt information, manglende sammenhæng og unødvendige undersøgelser og utilsigtede hændelser. ²
- Ifølge Sundhedsstyrelsen har patienter med skrøbelighed eller kronisk sygdom typisk størst gavn af helhedsorienteret behandling forankret i det primære sundhedsvæsen.
- Sundhedsvæsenets nuværende organisering og opgavedeling understøtter ikke i udgangspunktet disse tværgående forløb, hvorfor der ses en fremvækst af kompenserende tiltag i form af fx udgående funktioner og 72 timers udvidet behandlingsansvar.

Figur 6: Antal unikke borgere med kontakt til alle tre sektorer pr. aldersgruppe (1.000), 2015-2045F ¹



Kilder: 1: Boston Consulting Group pba. data fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret; CPR-registeret, Plejehjemsdata; RUKS) (2023). 2: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2023)

Anm.: 1: Opgørelsen er eksklusiv psykiatri. Metode uddybes i bilag.

Sektoroverskridende løsninger udbredes langsomt

- Der er mange gode eksempler på lokale og regionale initiativer, som medfører store gevinster for både patienter og sundhedsøkonomi.
- Eksempelvis har "Kom trygt hjem"-projektet på Kolding Sygehus reduceret dødeligheden og andelen af patienter, der genindlægges inden for 30 dage med 57%.¹
- Mange projekter, som resulterer i bedre forløb for patienter og lavere udgifter på sygehusene, kræver investeringer i det nære sundhedsvæsen og ny teknologi. Udbredelse af disse projekter vanskeliggøres ofte af, at kommuner og regioner ikke kan prioritere økonomi på tværs af patientforløbet.²
- Robusthedskommissionen har desuden beskrevet udfordringer med en "not invented here"-kultur, hvor ressourcer prioriteres til udvikling og pilotprojekter frem for idriftsættelse og skalering af løsninger fra andre regioner.
- Patienter og personale efterspørger generelt, at information deles bedre på tværs af sundhedsvæsenet, end tilfældet er i dag.³

57%

Reduktion af genindlæggelser for patienter på +65 år med hoftencært lårbrud, som udskrives til plejecenter i projektet "Kom trygt hjem".¹

63%

Ønsker mere individuel og personlig behandling, selvom det betyder, at sundhedsinformationer deles med relevante parter.³

Kilde: 1. Tværsektoriel indsats forebygger genindlæggelse. (Dall-Hansen D, Andersen LR, Fredholm L, Grejsen H. , Fag & Forskning 2021;(4): 34-41). 2. Robusthedskommissionens anbefalinger (2023). 3. Helhedsorienteret behandling (Danske Patienter, 2018).

Udfordring 2: Ubalance mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen

Det stigende antal +80-årige øger især efterspørgslen på indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Fremskrivninger viser, at rekrutteringssituationen for kernemedarbejdere i det kommunale sundhedsvæsen er udfordret, mens antallet af læger i almen praksis har udviklet sig langsomt relativt til sygehusområdet.

Sammenlignet med andre lande har Danmark investeret en relativt lille andel af sundhedsudgifterne i det nære sundhedsvæsen.

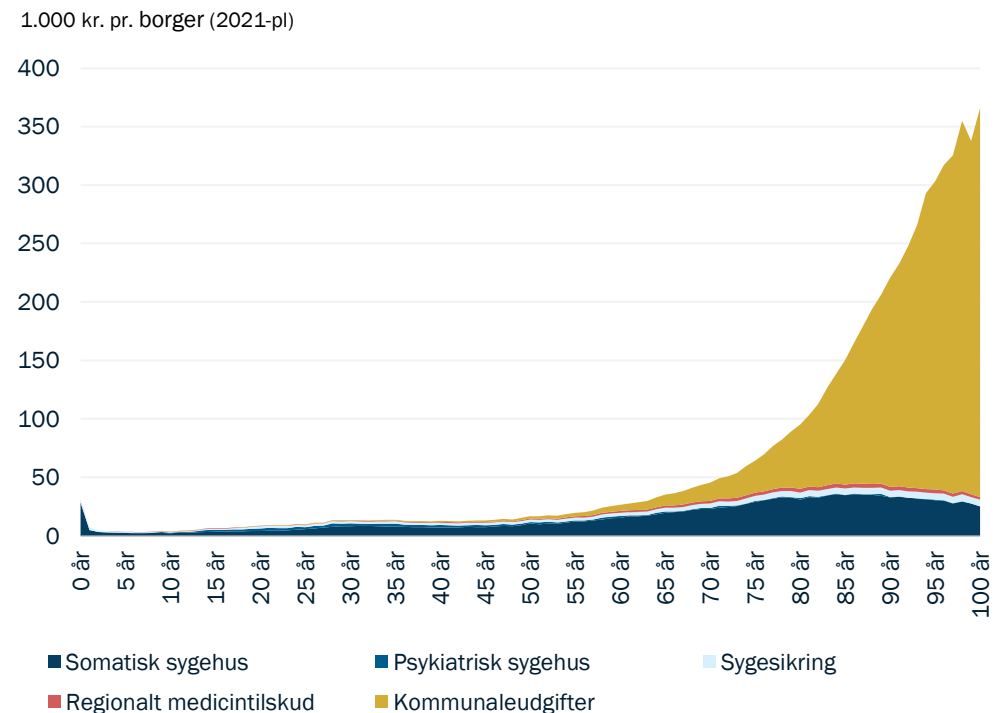
Derfor skal der over en årrække ske en markant styrkelse af det nære sundhedsvæsen, som afspejler et ændret behandlingsbehov. Det indebærer en styrkelse af almen praksis – både i forhold til opgaver og tilgængelighed.



Øget efterspørgsel på nære sundhedstilbud

- Udviklingen i sygdomsbilledet betyder, at flere patienter har behov for sygepleje, personlig pleje, genoptræning og patientrettet forebyggelse i det nære sundhedsvæsen.
- Det gennemsnitlige behov for behandling og pleje stiger med alderen, og i de høje aldersgrupper løfter særligt det nære sundhedsvæsen omsorgs- og plejeindsatser, jf. figur 7.
- Bevægelsen fremgår af udgiftsudviklingen på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, hvor de kommunale sundhedsudgifter stiger relativt meget (~45%) fra 2010-2021, jf. Robusthedskommissionen.
- Udviklingen i sygdomsbilledet betyder, at det gensidige afhængighedsforhold mellem sektorerne øges, idet behandlingsansvaret ligger i almen praksis eller på sygehuset, mens pleje og omsorg ydes af kommunen.

Figur 7: De gennemsnitlige udgifter pr. borger til sundheds- og omsorgsydelser, 2021



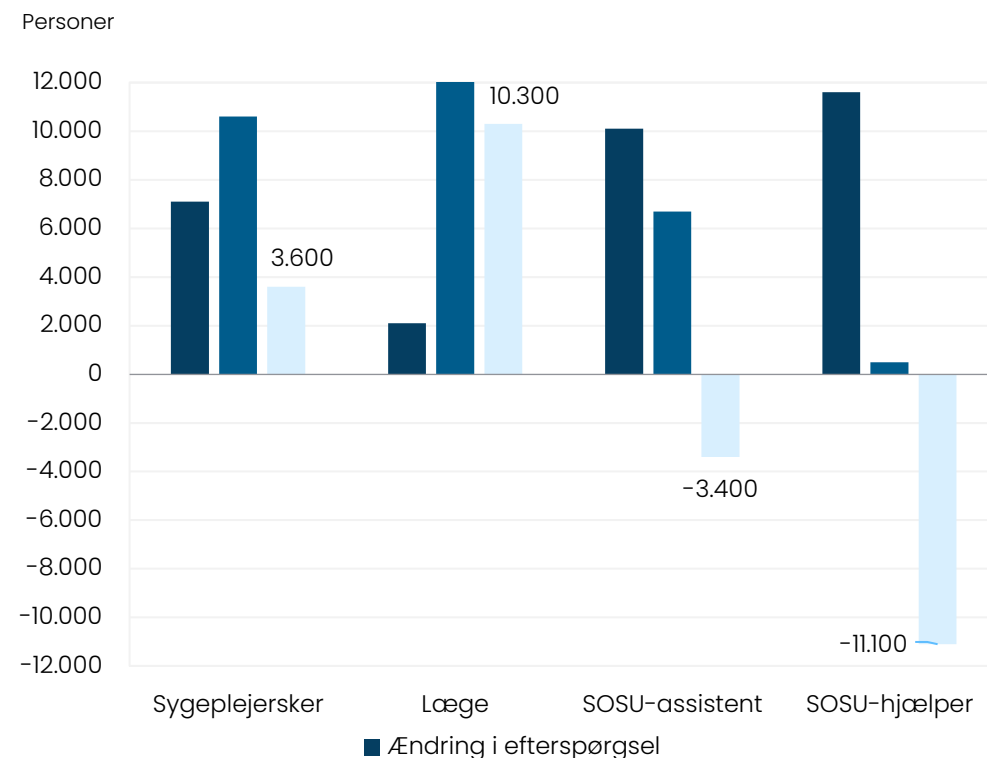
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), takstsystem 2021, Lægemiddelstatistikregisteret, Statistikbanken (kontoplan), Kommunernes elektroniske omsorgsjournalssystem (EOJ) og Plejehjemsdata (PLH), Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: De kommunale sundheds- og plejeudgifter pr. borger stiger med borgerens alder, også når man kontrollerer for afstand til død, men mere afmålt end det indikeres af figuren. I datagrundlaget for de kommunale udgifter indgår 85 kommuner, idet datagrundlaget kun er tilstrækkeligt for disse. Opgørelserne for 2021 er påvirket af ændringer i aktiviteten som følge af covid-19 og sygeplejerskestrejken. (2021-PL)

Mangel på nøglemedarbejdere

- I dag udgør SOSU-assistenter og -hjælpere hovedparten af de ansatte i den kommunale syge- og ældrepleje. Særligt for de ældste aldersgrupper, som vil vokse i de kommende år, udfører disse medarbejdergrupper størstedelen af sygepleje, personlig pleje, forebyggende og rehabiliterende indsatser.
- En mekanisk fremskrivning viser, at allerede frem mod 2030 vil der mangle hhv. 3.400 og 11.100 SOSU-assistenter og -hjælpere. I 2021 udgjorde den samlede arbejdsstyrke af disse medarbejdergrupper ca. 113.000 personer.
- Modsat forventes udbuddet af sygeplejersker at følge efterspørgslen, mens udbuddet af læger stiger markant relativt til efterspørgslen, jf. figur 8.
- Fremskrivningen illustrerer en helt central udfordring i lyset af den demografiske udvikling, som understreger behovet for at udvikle og opruste det nære sundhedsvæsen, så flere kan understøttes i at leve så selvhjulpent som muligt.

Figur 8: Fremskrivning af udbud og efterspørgsel på udvalgte velfærdsmedarbejdere, 2021-2035F



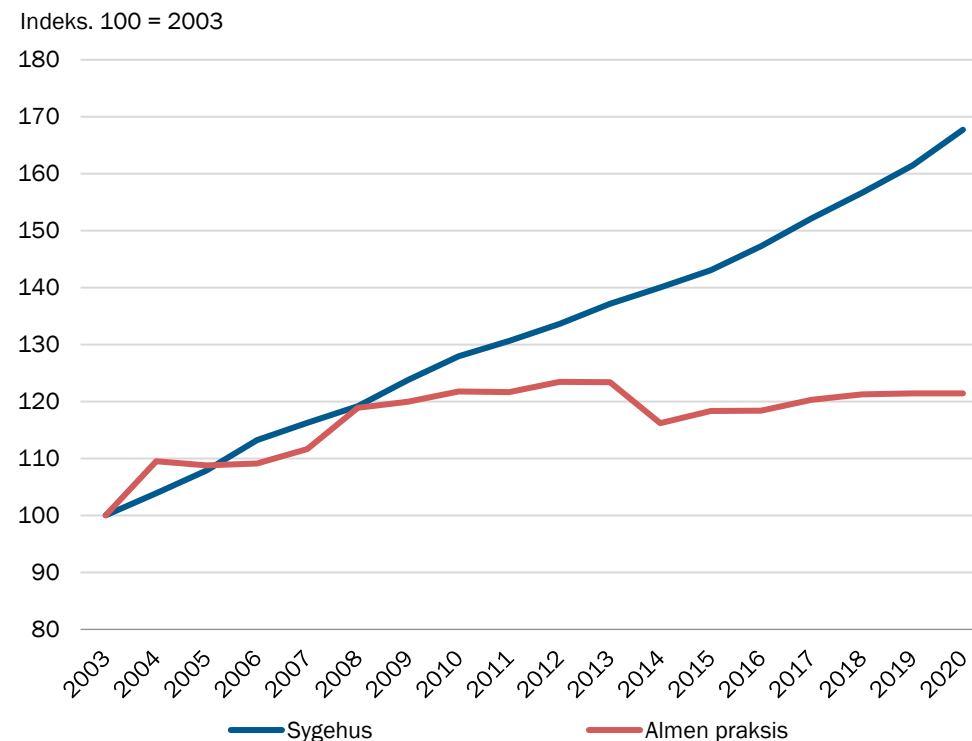
Kilde: Økonomisk Analyse: Rekruttering af velfærdsmedarbejdere nu og i fremtiden (Finansministeriet, 2023).

Anm.: Fremskrivningerne kan ikke tolkes som prognoser, men alene mekaniske fremskrivninger, der bygger på nuværende adfærd, serviceniveau, personalesammensætning og en række antagelser.

Almen praksis har ikke udviklet sig i samme takt som sygehuse

- Over de seneste 20 år har tilvæksten af læger på sygehusene og i almen praksis været ujævn.
- Fra 2003 til 2020 er antallet af sygehuslæger steget med 68% til 19.000 og læger i almen praksis med 21% til 4.400. I absolutte tal svarer det til en stigning i ca. 8.000 læger på sygehusene, og ca. 800 i almen praksis.¹
- Udviklingen i almen praksis går mod større klinikker, men ca. 31% er stadig solopraksis uden samarbejde. Denne praksistype er overrepræsenteret i hovedstadsområdet.²
- Almen praksis har øget beskæftigelsen af sundhedsfagligt personale over de seneste 10 år. Forskellige praksistyper ansætter i varierende grad sygeplejersker, og flere solopraksis, både med og uden samarbejde, angiver at de ikke har sygeplejersker ansat (22-29%) modsat andre praksistyper (6-9%).²

Figur 9: Vækst i antal læger ansat i hhv. sygehuse og almen praksis, 2003-2020¹



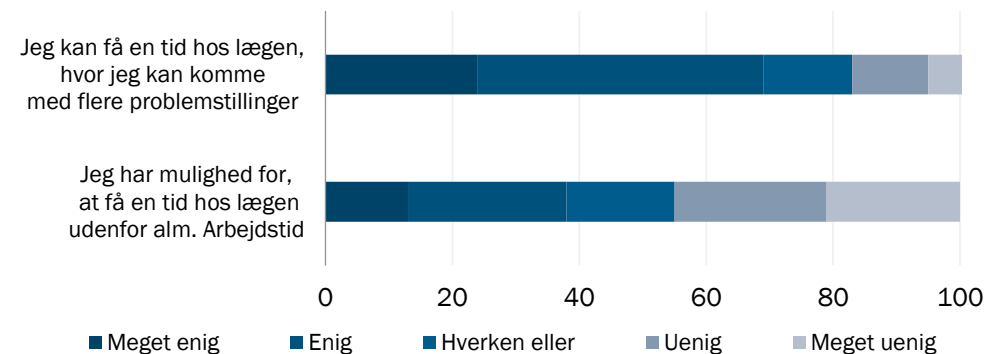
Kilde: 1: Esundhed (Sygesikringsregisteret, Yderregisteret, Bevægelsesregisteret, Kommunernes og Regionernes Løndatakontor), egne beregninger. 2: Kortlægning af udvikling af praksisformer i almen praksis (BDO, 2023).

Anm.: 1: Indeks = 2003. Det bemærkes, at figuren er opgjort i antal personer beskæftiget i den pågældende sektor, og ikke i fuldtidsbeskæftigede/lægekapaciteter.

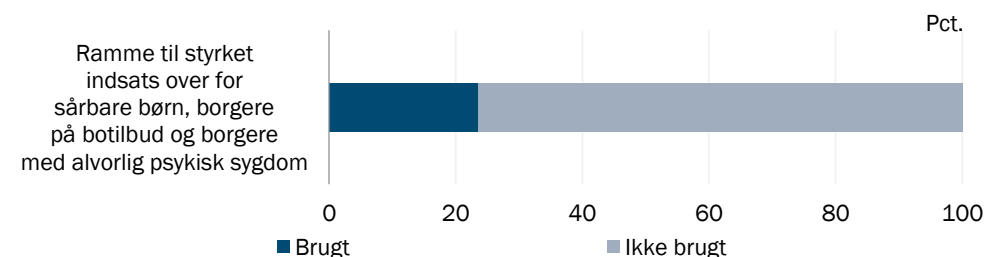
Efterspørgsel på øget tilgængelighed i almen praksis

- De fleste patienter (90%) mener, det er vigtigt at kunne gå til lægen med flere problemer samtidig. Alligevel oplever ca. 20% ikke, at dette er en mulighed, jf. figur 10.
- Ca. en tredjedel af patienterne mener, det er vigtigt at kunne få en konsultation ved egen læge uden for almindelig arbejdstid. Halvdelen af disse oplever dog ikke, at det ikke er muligt, jf. figur 10.
- Der er samtidig efterspørgsel på, at almen praksis øger sin tilgængelighed for sårbare grupper. Med seneste overenskomst blev der afsat i alt 38 mio. til indsatser for at reducere ulighed i sundhed hos sårbare børn, borgere på botilbud og borgere med alvorlig psykisk sygdom.
- Danske Regioner forventer imidlertid kun, at der i 2023 vil blive anvendt ca. 9 mio. af de afsatte midler på disse proaktive indsatser i almen praksis. Det svarer til mindre end en fjerdedel af den ønskede indsats, jf. figur 11.

Figur 10: Oplevelse af tilgængelighed hos almen praksis ¹



Figur 11: Forbrug af overenskomstmidler afsat til reduktion af ulighed i sundhed (prognose), 2023 ²



Kilde: 1: Det mener patienterne om almen praksis (Danske Patienter, 2021).

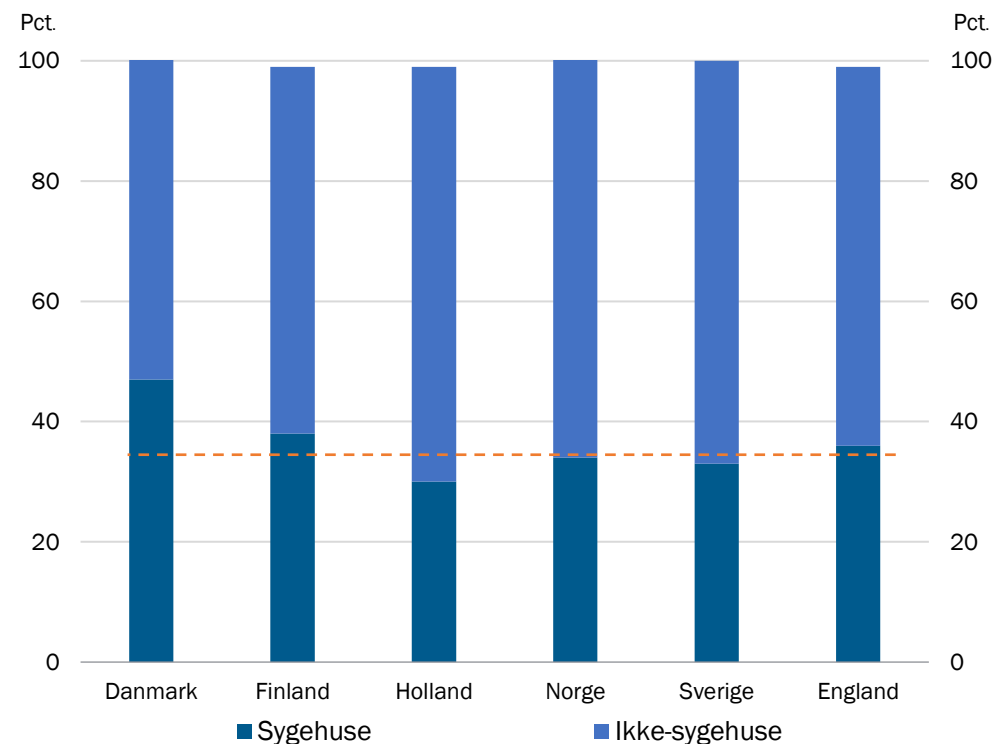
2: Status på indsatser aftalt i OK-22 vedr. almen praksis (Danske Regioner, 2023)

Anm.: 1: Figur 10 viser svarandele for patienter, som har angivet, at det pågældende spørgsmål er vigtigt for dem. 2: Figur 11 viser en prognose for forbruget i 2023, lavet på baggrund af tal fra første halvår 2023.

Sundhedsvæsenet er sygehustungt

- Sundhedsvæsenet i Danmark bruger en markant større andel af sundhedsudgifterne på sygehusvæsenet end andre sammenlignelige lande, jf. figur 12.
- Figuren opdeler udgifter i sygehusrelaterede og ikke-sygehusrelaterede. Sidstnævnte dækker bl.a. over det nære sundhedsvæsen (herunder kommuner og almen praksis), ældrepleje, præventiv behandling og medicinsk udstyr mm.
- Fordelingen indikerer et potentiale for at styrke indsatsen på det lavest effektive omsorgsniveau, som er det nære sundhedsvæsen.

Figur 12: Sundhedsudgifter fordelt på funktioner, 2020



Kilde: OEDC (Health Care Functions), egne beregninger.

Anm.: Udgiftsfordelingen er tilsvarende i året før COVID-19 (2019), og opgørelsen påvirkes derfor ikke af bl.a. testindsats mv.

Udfordring 3: Skæv fordeling af sundhedstilbud

På tværs af landet er der store forskelle i, hvor mange patienter med en behandlingskrævende sygdom, som skal varetages af en praktiserende læge.

Foruden variation i andelen af ældre borgere på tværs af landet er der desuden betydelige forskelle i de +65-åriges gennemsnitlige helbredstilstand og dermed deres behov for sundhedsydelse.

Rekrutteringssituationen for almen praksis forventes samlet set at forbedres i de kommende år. Alligevel er udsigterne til forbedring i de dele af landet, som allerede er udfordret af lægedækning, ikke gode. I de lægedækningstruede områder har flere patienter en behandlingskrævende sygdom end gennemsnitligt. Samtidig besættes i disse i dele af landet den laveste andel uddannelsesforløb.

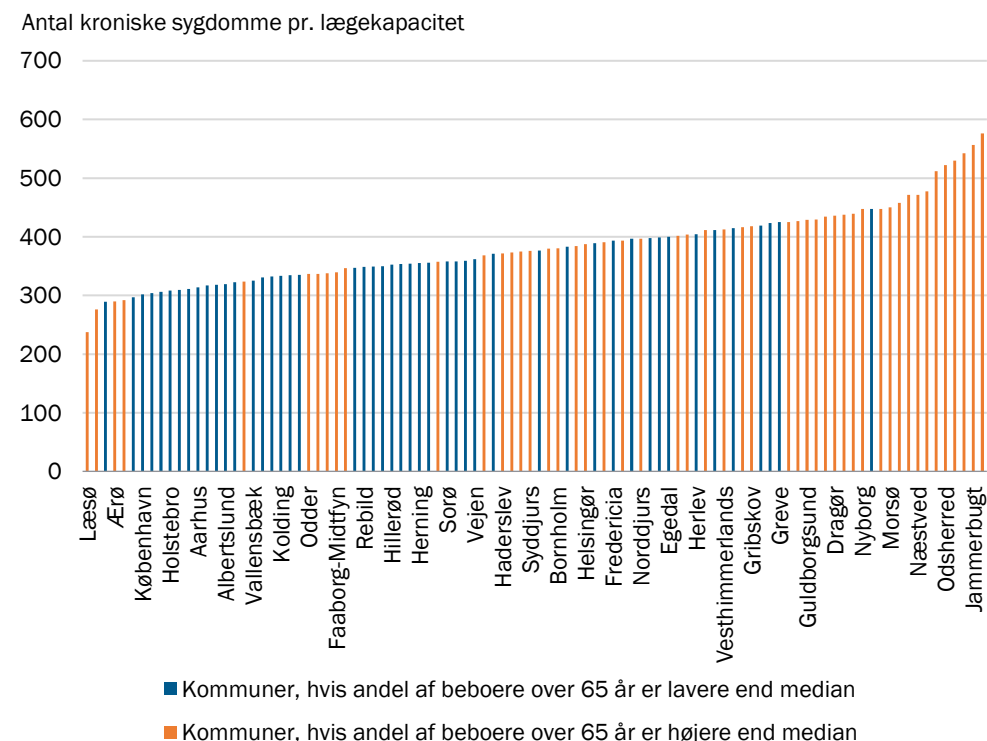
Der er derfor behov for at omfordele sundhedsydelser og gøre det mere attraktivt for læger at komme ud i de dele af landet, hvor behovet er størst.



Større krav og nye opgaver til almen praksis

- Der er store forskelle i patientsammensætningen i almen praksis på tværs af landet. Dette kan fx vises ved at sammenligne forekomsten af kroniske sygdomme pr. lægekapacitet på tværs af kommuner, jf. figur 13.
- Der er en markant skævhed i fordelingen af økonomiske og lægelige ressourcer i almen praksis relativt til antallet af behandlingskrævende patienter med den konsekvens, at patienter i nogle dele af landet vil opleve relativt mindre tilgængelighed til lægehjælp.
- Udfordringen kan forstærkes i områder med lægemangel – navnlig dele af Nordjylland og det sydlige Sjælland – hvor de tilbageværende læger vil påtage sig en større gruppe patienter relativt til deres behandlingsbehov.

Figur 13: Antal kroniske sygdomme pr. lægekapacitet i almen praksis, 2022



Kilde: Esundhed (RUKS, Yderregisteret), egne beregninger.

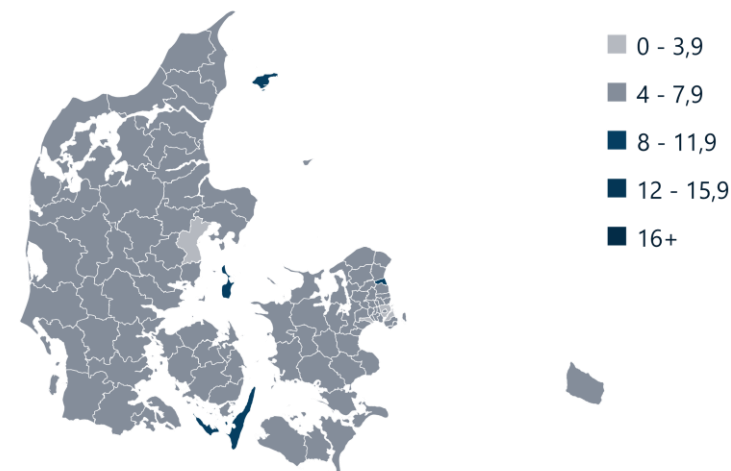
Anm: Kroniske sygdomme er her opgjort som astma, demens, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, osteoporose (knogleskørhed), skizofreni, type 1- og 2-diabetes.

Geografisk ulige fordeling af de ældste ældre i fremtiden

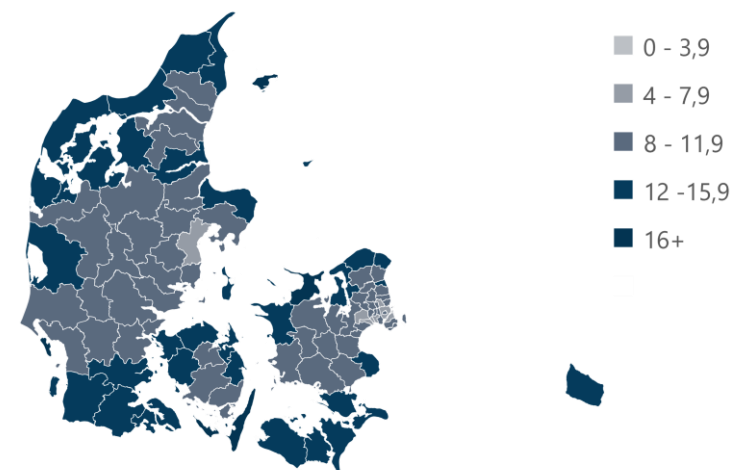
- I dag er de ældste ældre forholdsvist ligeligt fordelt mellem store og små kommuner, både i antal og andel. I dag bor 71% af de ældste ældre (+80-årige) i de 49 største kommuner målt på indbyggertal. Kun få kommuners befolkning udgøres af mere end 8% af de ældste ældre.
- I 2050 vil den andel falde til 58%, og dermed vil færre, men stadig hovedparten, af de ældste ældre bo i større kommuner.
- Udviklingen indebærer, at mange yderkommuner i fremtiden vil have en større andel +80-årige i befolkningen sammenlignet med bykommunerne, jf. figur 14.
- Derudover har de ældre i yderkommunerne typisk en dårligere sundhedstilstand end gennemsnittet og bl.a. flere kroniske sygdomme. Behovet for sundhedsydelse vil derfor være højere pr. ældre i de kommuner, som også har den højeste andel af de ældste ældre i deres befolkning.
- Lige adgang til sundhedsydelser vil derfor kræve en relativt bedre tilgængelighed til sundhed i de områder, hvor det forventede forbrug er højest.

Figur 14: Andel borgere +80 i pct., 2023-2050F

2023



2050

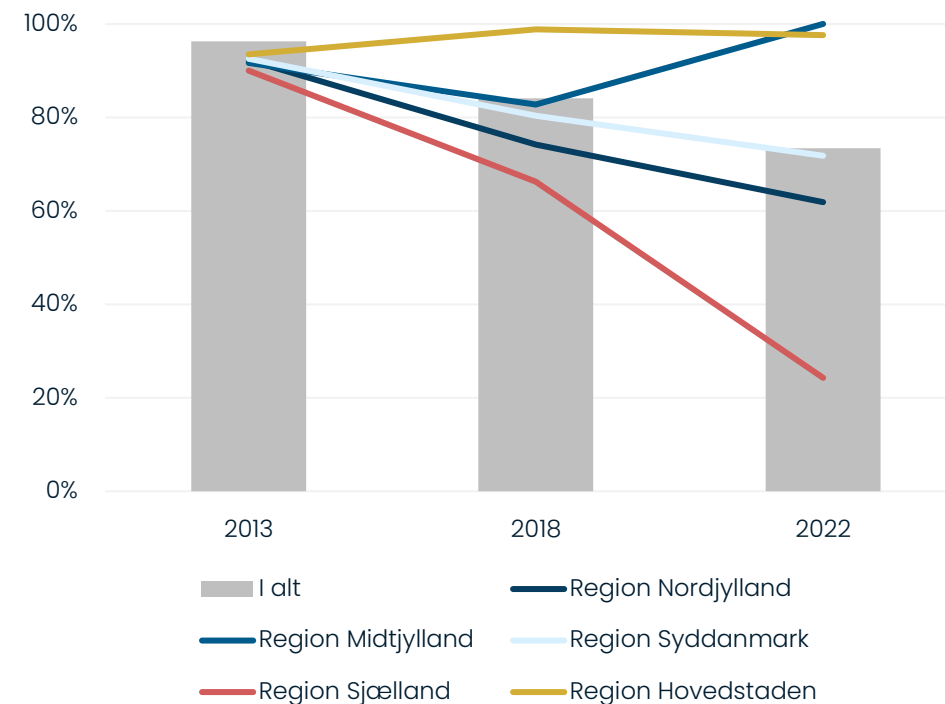


Kilde: Danmarks Statistik, tabellerne FOLK1AM og FRKM123. Egne beregninger.

Dybe udfordringer med lægedækningen i dele af landet

- Prognoser viser, at der vil ske en væsentlig stigning i antallet af speciallæger i almen medicin over de kommende år.
- Men besættelsesgraden af uddannelsesstillinger varierer markant på tværs af regionerne. I Region Midtjylland og Region Hovedstaden besættes stort set alle uddannelsesstillinger, mens særligt Region Sjælland og Region Nordjylland halter bagefter, jf. figur 15.
- I sammenhæng med den geografiske skævhed i udfordringen i sygdomsbilledet kan dette forværre i forvejen betydelige udfordringer med bl.a. lægedækning i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Figur 15: Besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin pr. region i pct., 2013-2022



Kilde: Speciallæge i almen medicin (VIVE, 2023)

Anm.: Grafen viser andelen af dimensionerede hoveduddannelsesforløb, som besættes.

SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN