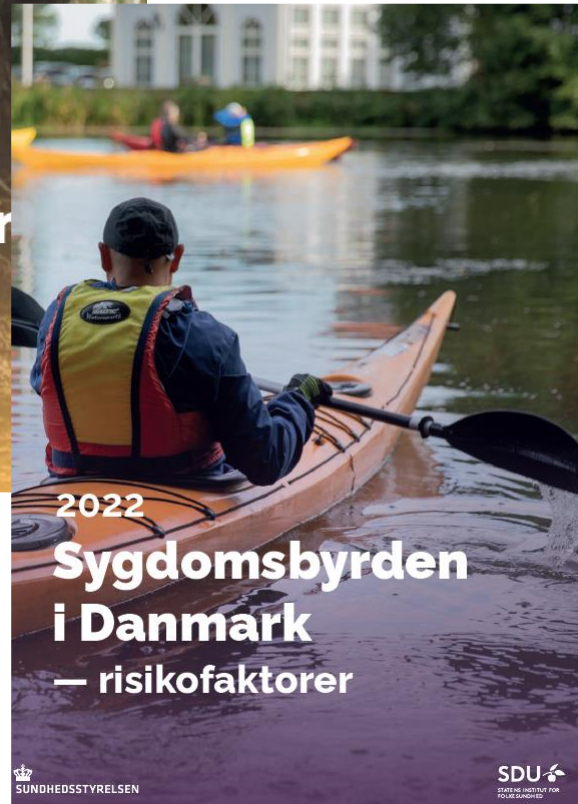


Sundhedstilstanden i Danmark og sundhedssektoren

Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse og -politik

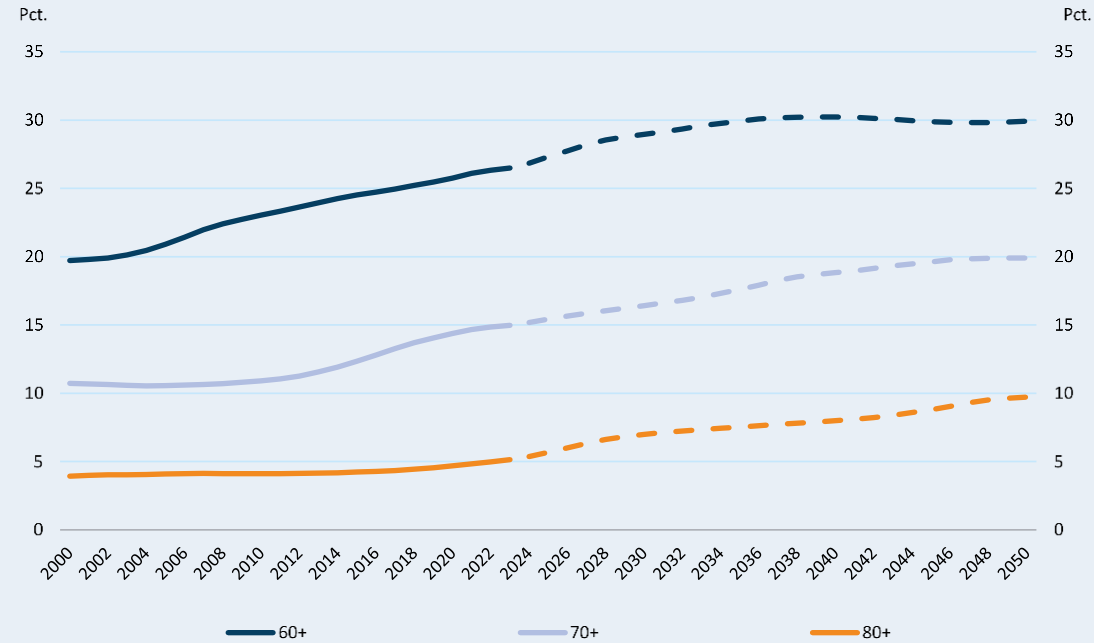
Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet



Udfordringsbilledet

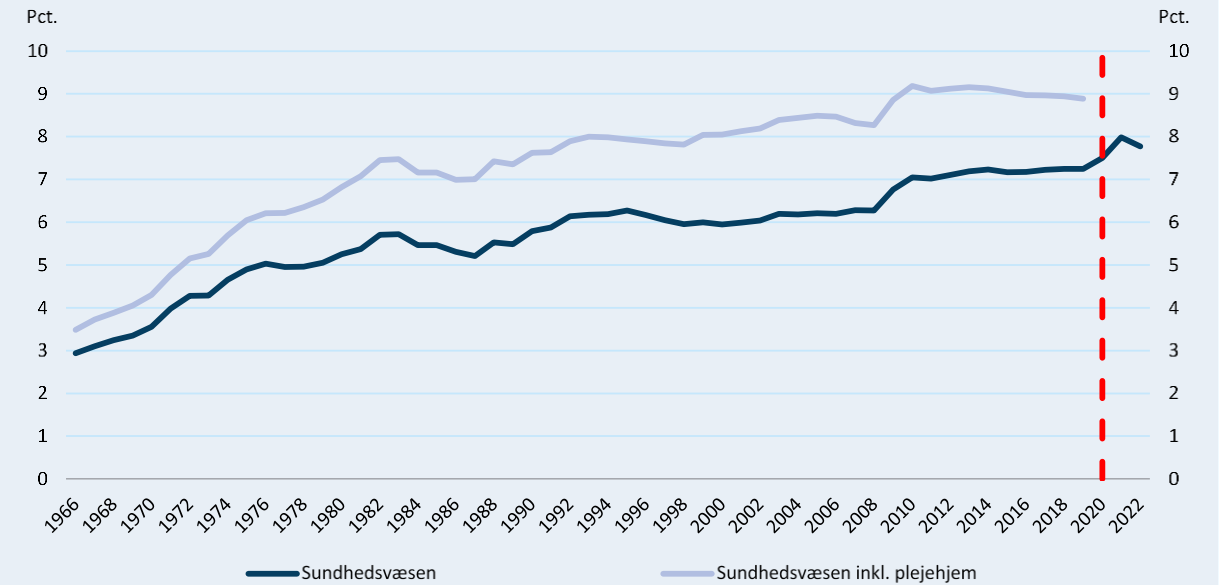
Udfordringsbilledet

Figur 1
Udviklingen i ældre aldersgrupper, 2000-2050



Anm.: De stiplede linjer angiver Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning.
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerne BEFOLK1 samt FRDK123.

Figur 13
Andelen af den samlede beskæftigelse ansat i det offentlige sundhedsvæsen og på plejehjem mv., 1966-2022

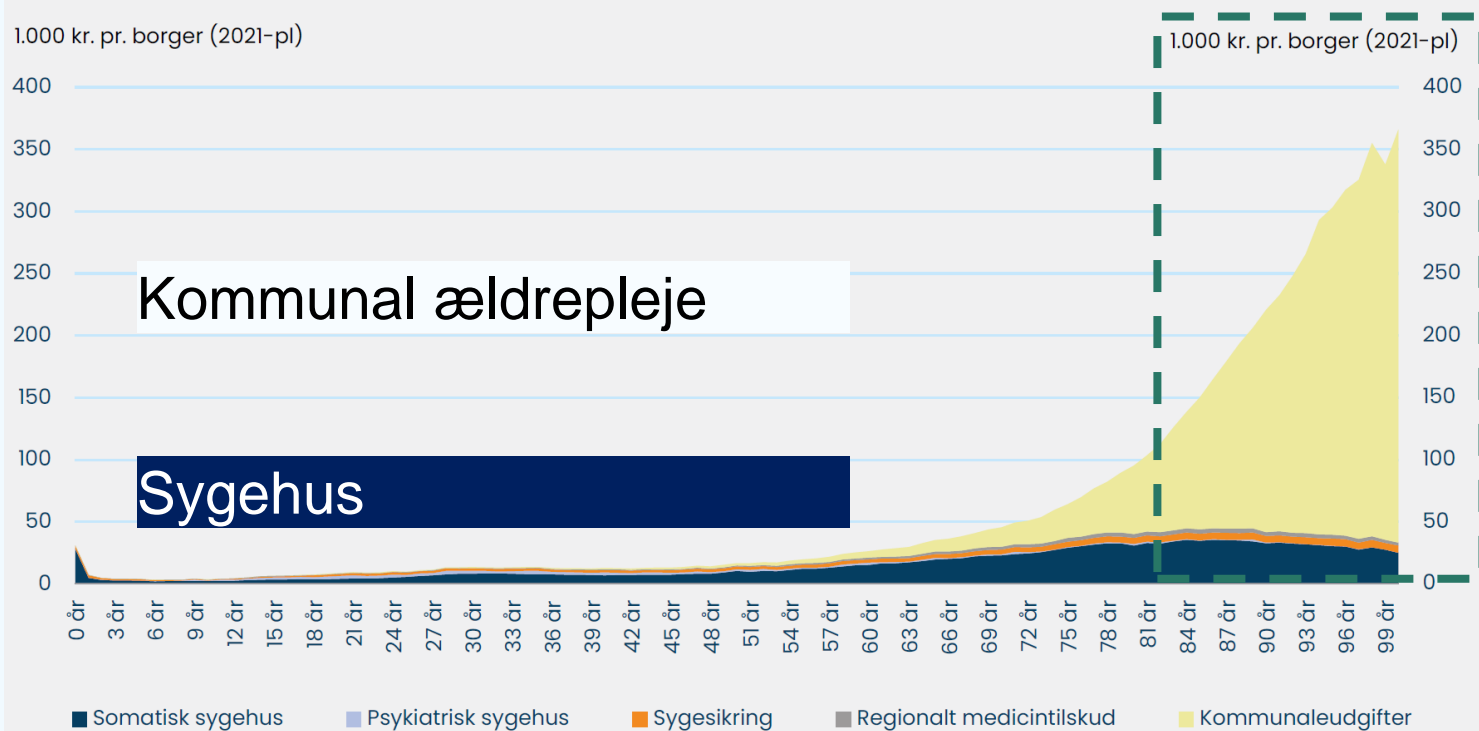


Anm.: Den røde stiplede linje angiver starten af covid-19. Sundhedsvæsen inklusiv plejehjem mv. er kun muligt at opgøre frem til 2019, da tabel NABB117 kun indeholder data frem til 2019.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken tabel NABB69 samt NABB117, egne beregninger.

Kommission
for **robusthed i**
sundhedsvæsenet

Figur 4 - De gennemsnitlige udgifter pr. borger til sundheds- og omsorgsydelser, 2021



Anm: 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. Udgifterne er angivet i pris- og lønniveau for 2021 (2021-PL).

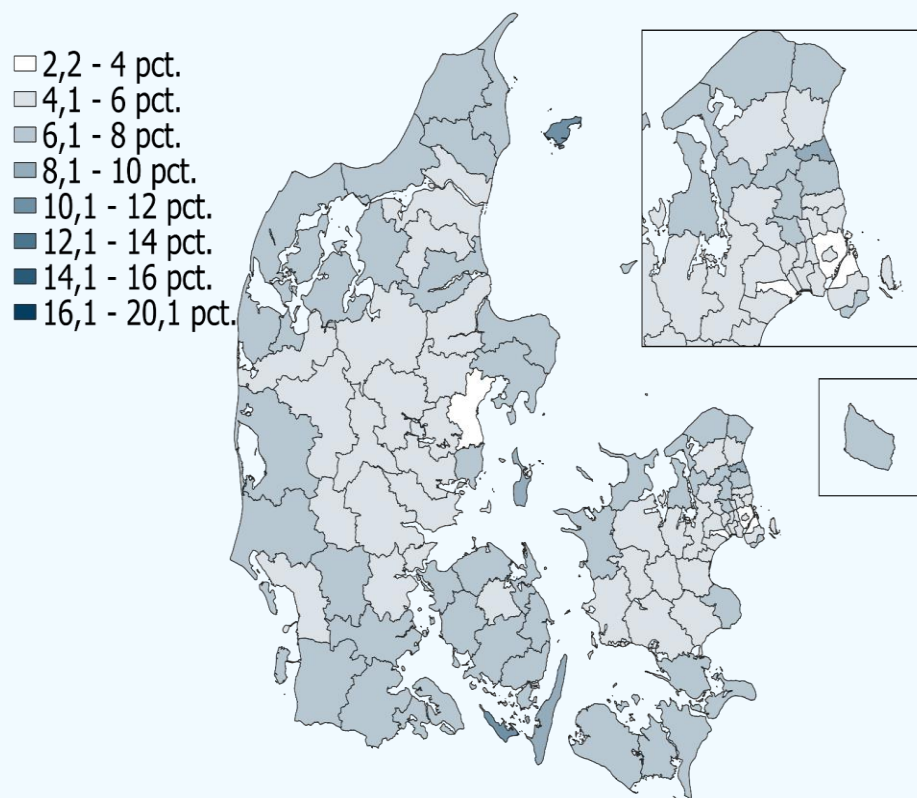
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), takstsystem 2021 pr. 10. marts 2022, Lægemedelstatistikregisteret (opdateret 13. juni 2023), Statistikbanken (kontoplan), Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og Plejehjemsdata (PLH), Sundhedsdatastyrelsen.

Demografisk pres på alle dele af sundhedsvæsenet

- Antallet af 80+årige stiger med knap 150.000 til i alt omkring 431.000 frem til 2030
- Antallet af læger på hospitalerne næsten fordoblet siden årtusindskiftet fra ca. 11.000 til 20.000.
- Antal ansatte på hospitalet steget totalt med ca. 30.000 ansatte / 25.000 årsværk fra 2001 – 2021.
- Antallet af årsværk, ca. 65–67.000, for sygeplejersker, social- og sundhedspersonale på det kommunale område har været nogenlunde konstant (eller svagt faldende fra 2009 – 2020)
- Antallet af praktiserende læger er stageret.

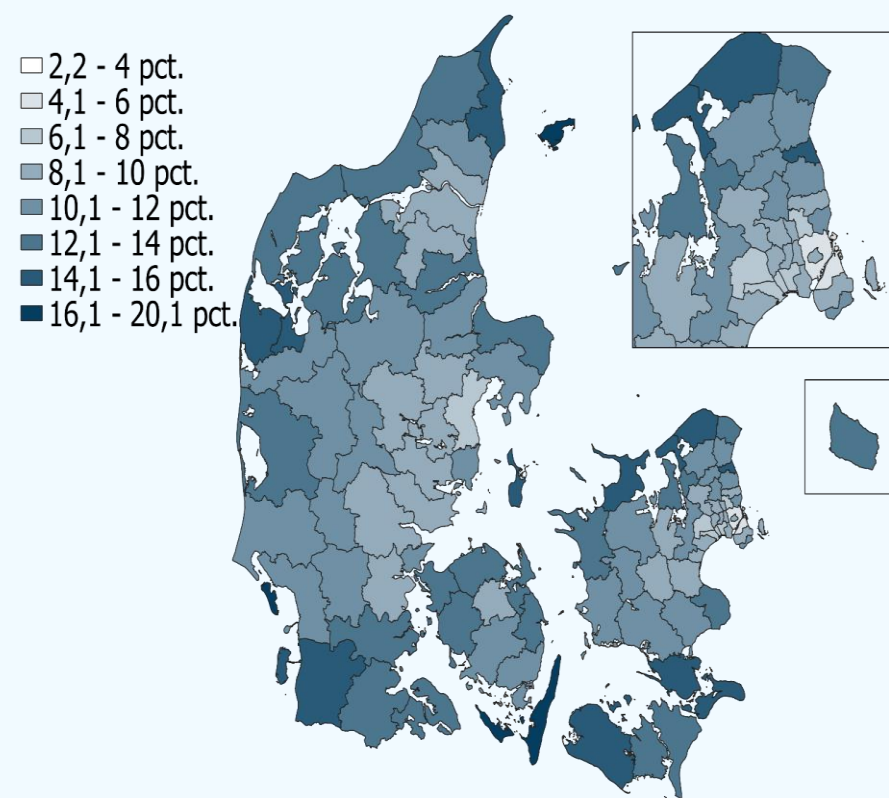
Stigning i +80 årige – variation på tværs af landet

Figur 3.a – Andel 80+ årige, 2023



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerneFRKM123 samt FOLK1AM, egne beregninger

Figur 3.b – Andel 80+ årige, 2050



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken, tabellerneFRKM123 samt FOLK1AM, egne beregninger

The inverse care law

*»I områder med den højeste sygelighed og dødelighed har de praktiserende læger mere arbejde, flere patienter, mindre støtte fra hospitalet, og de møder mere klinisk ineffektive traditioner for kontakt til sundhedsvæsenet end i de sundeste områder. ... Disse tendenser kan samlet beskrives som den omvendte sundhedslov: **Tilgængeligheden af god medicinsk behandling er omvendt proportionalt med befolkningens behov.**« (Hart 1971, egen oversættelse)*

Hart, J.T. (1971) The inverse care law. The Lancet. 297(7696): 405–12.

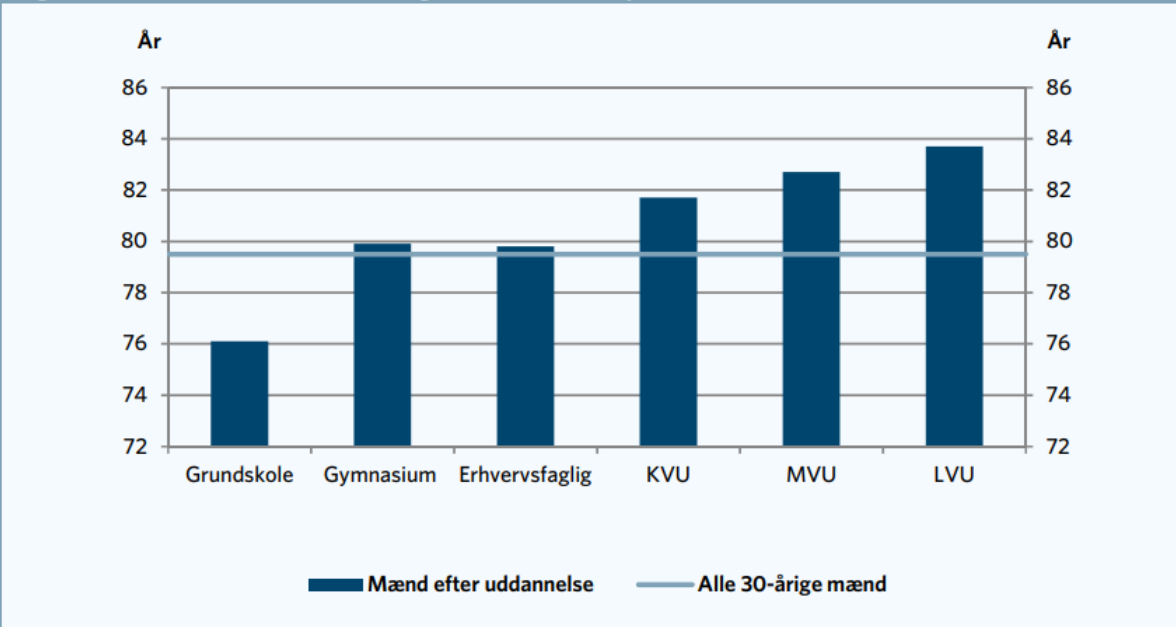
The Lancet. (2021) 50 years of the inverse care law. The Lancet. 397(10276): 767.

Watt, G., 2021. Julian Tudor Hart: medical pioneer and social advocate. The lancet 397, 786–787.

**Social ulighed i
sundhed**

Middellevetid og uddannelse

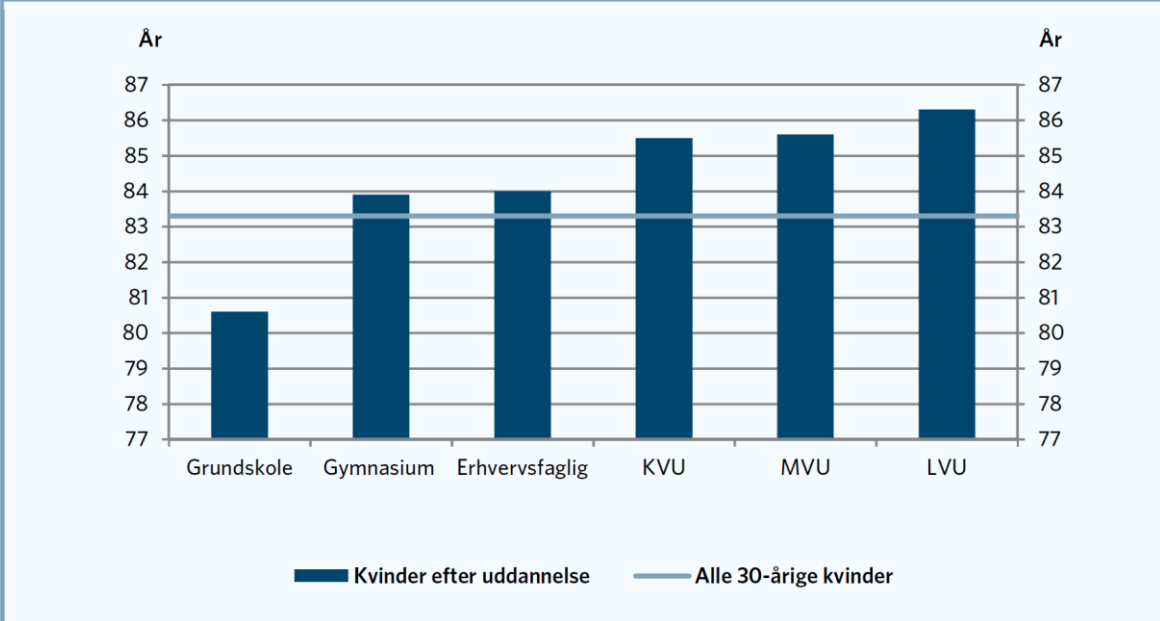
Figur 1. Middellevetiden for 30-årige mænd, fordelt på uddannelse



Anm: Data er fra 2014-2018, og er et gennemsnit af den forventede middellevetid for mænd der var 30 år, det pågældende år.

Kilde: AE på baggrund af Danmarks statistik

Figur 2. Middellevetid for 30-årige kvinder, fordelt på uddannelse

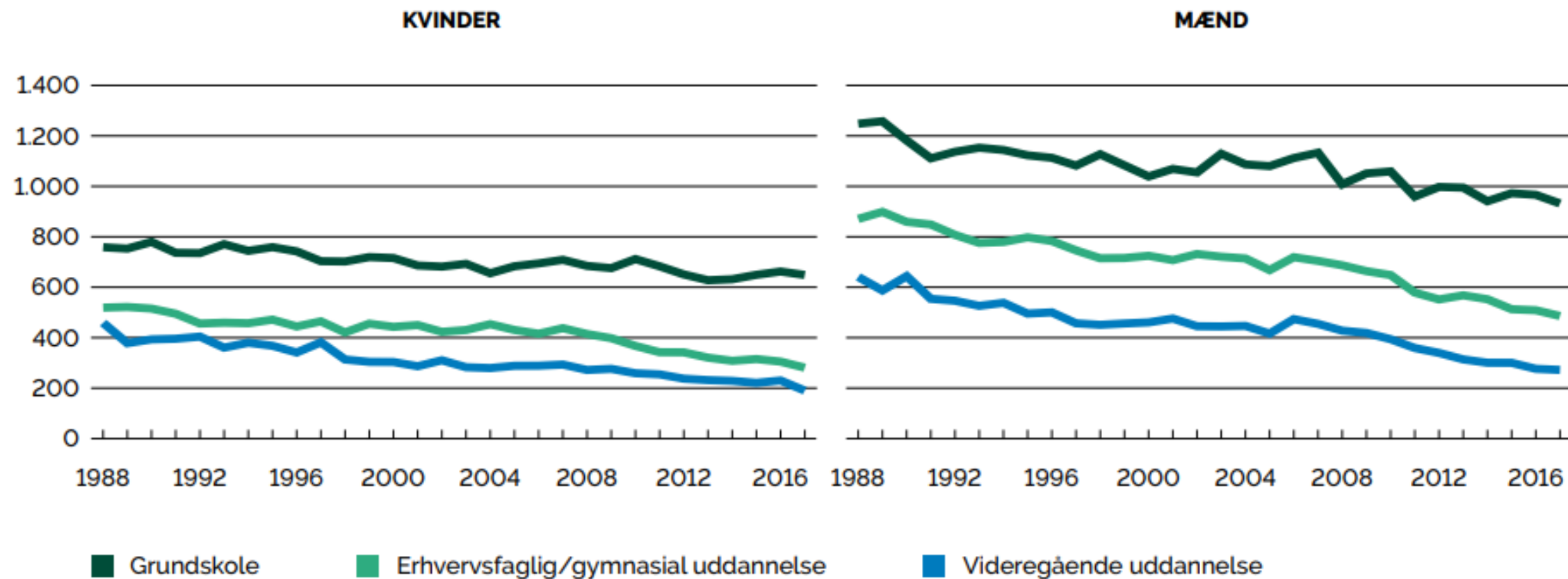


Anm: Data er fra 2014-2018, og er et gennemsnit af den forventede middellevetid for kvinder der var 30 år, det pågældende år.

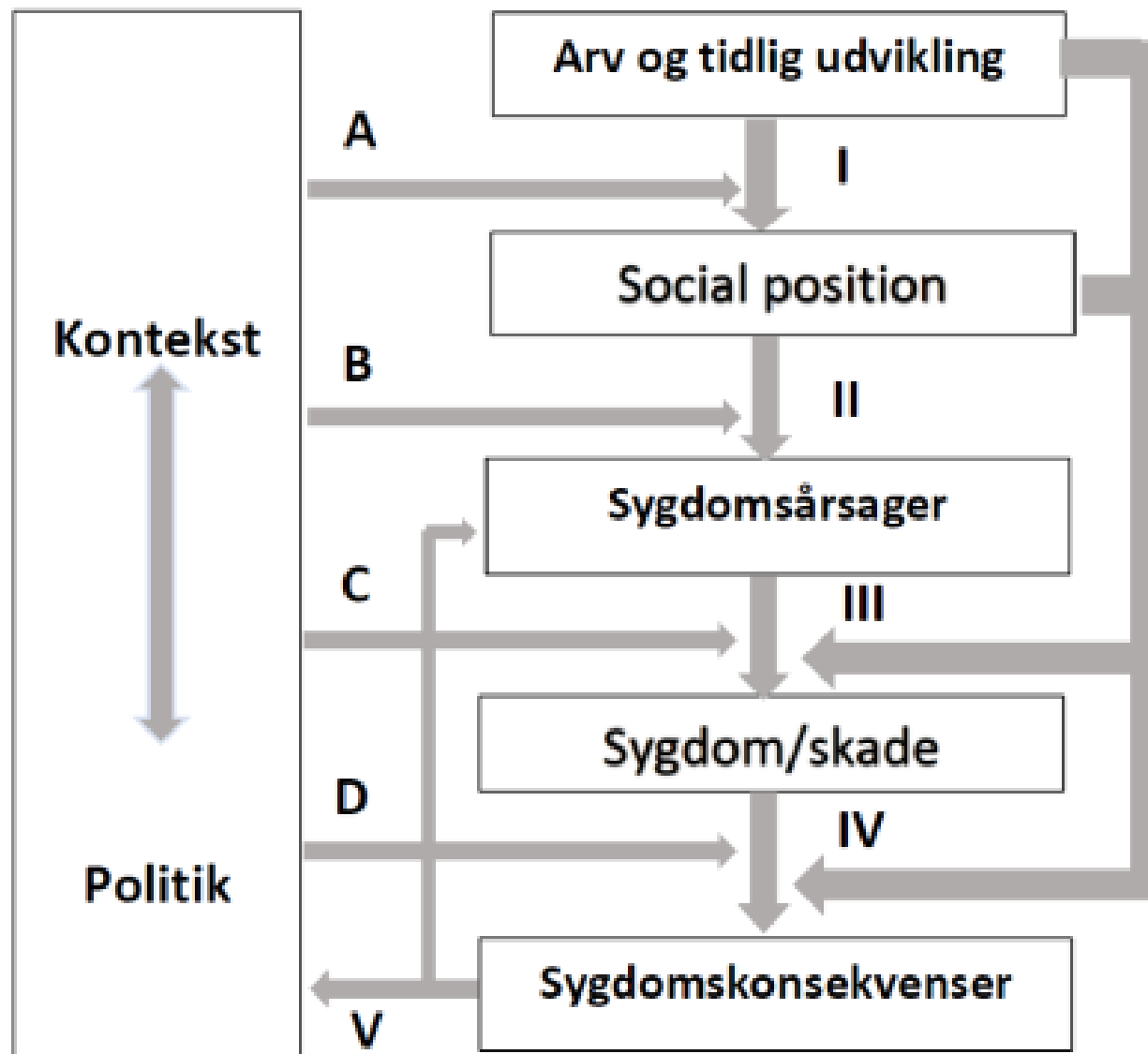
Kilde: AE på baggrund af Danmarks statistik.

Øget ulighed

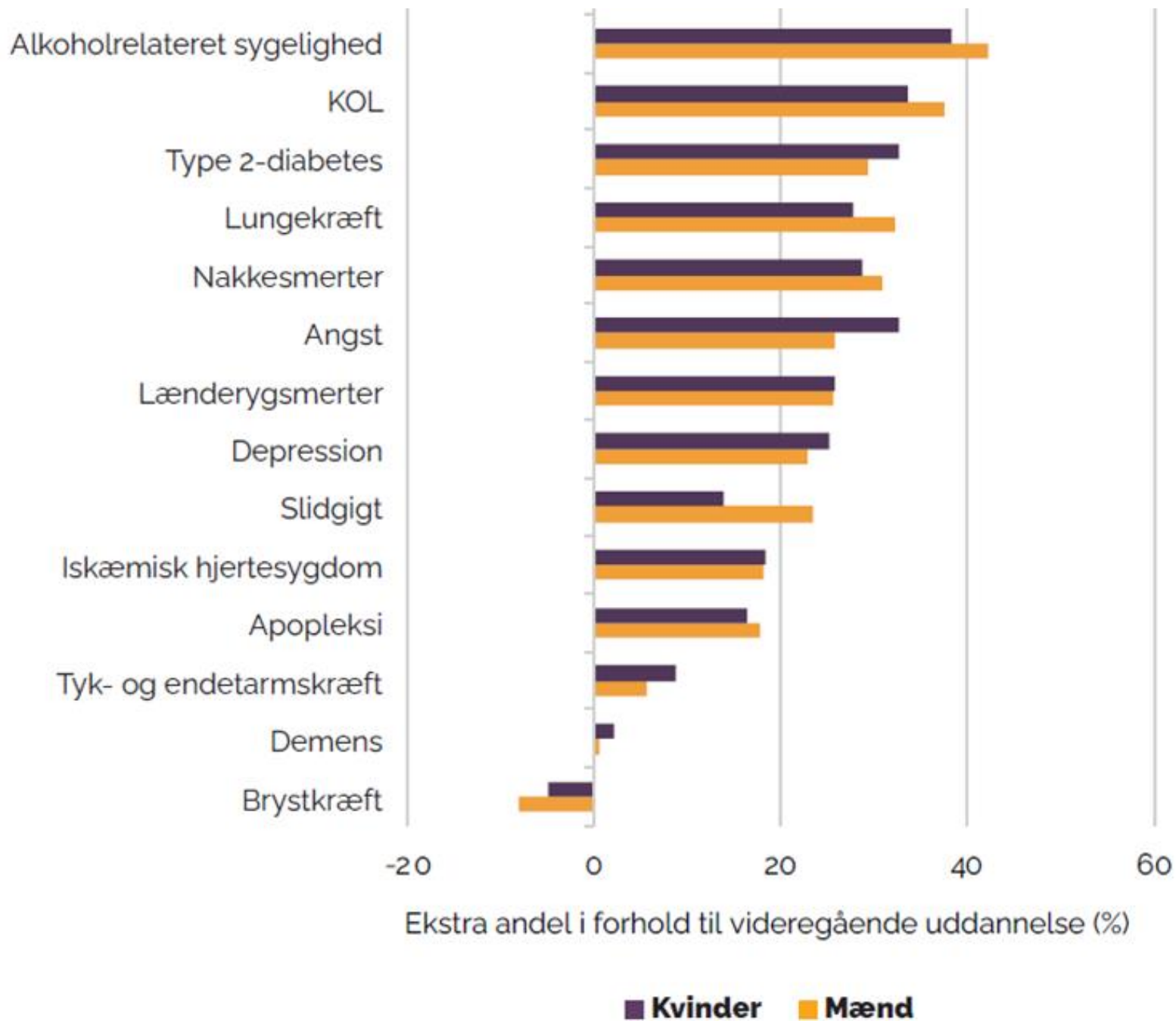
Antal dødsfald pr. 100.000 personer, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau blandt 45-64-årige kvinder og mænd, i perioden 1988-2017.



Diederichsen model

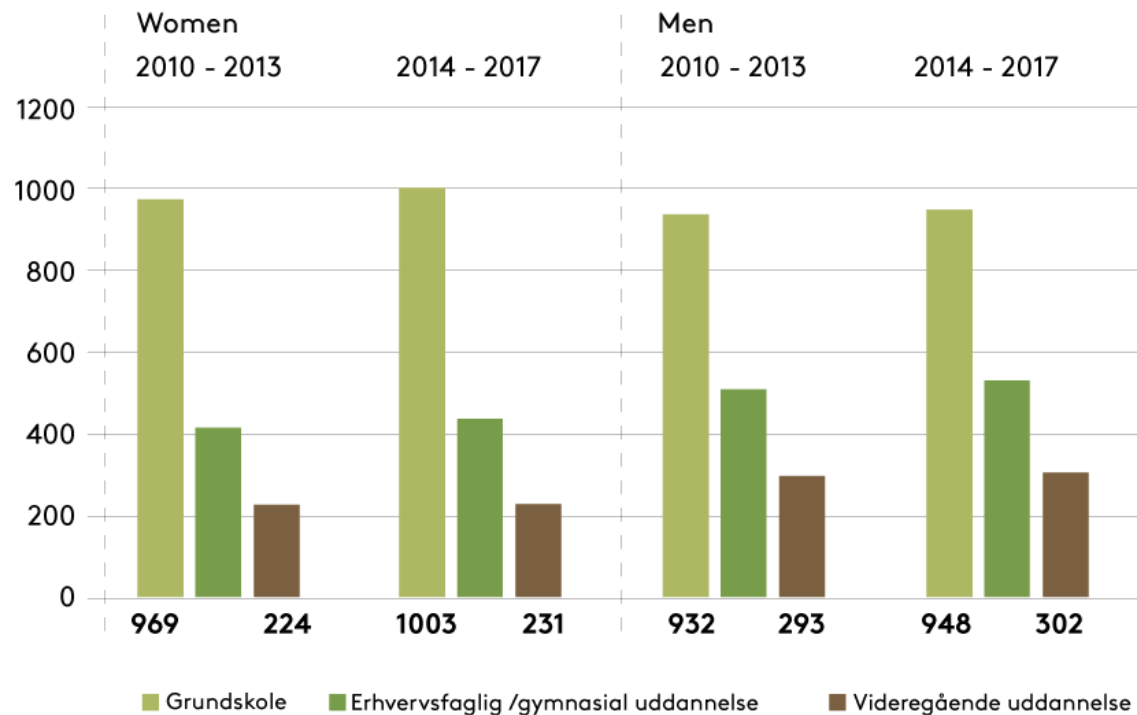


Prævalens (forekomst)



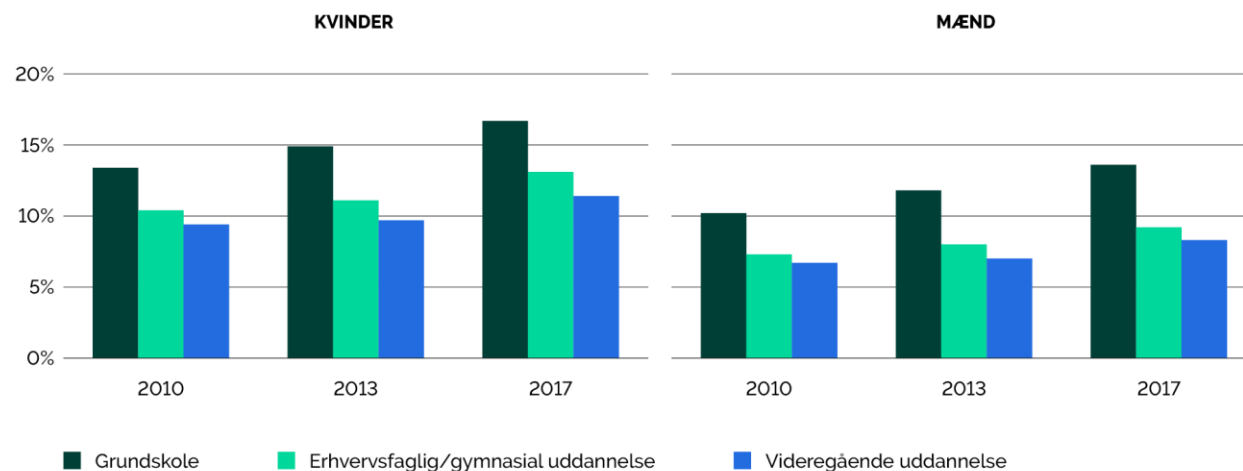
Social ulighed i forekomsten af kronisk sygdom og konsekvenserne heraf – ex. med KOL

Incidence of COPD per 100,000 person-years



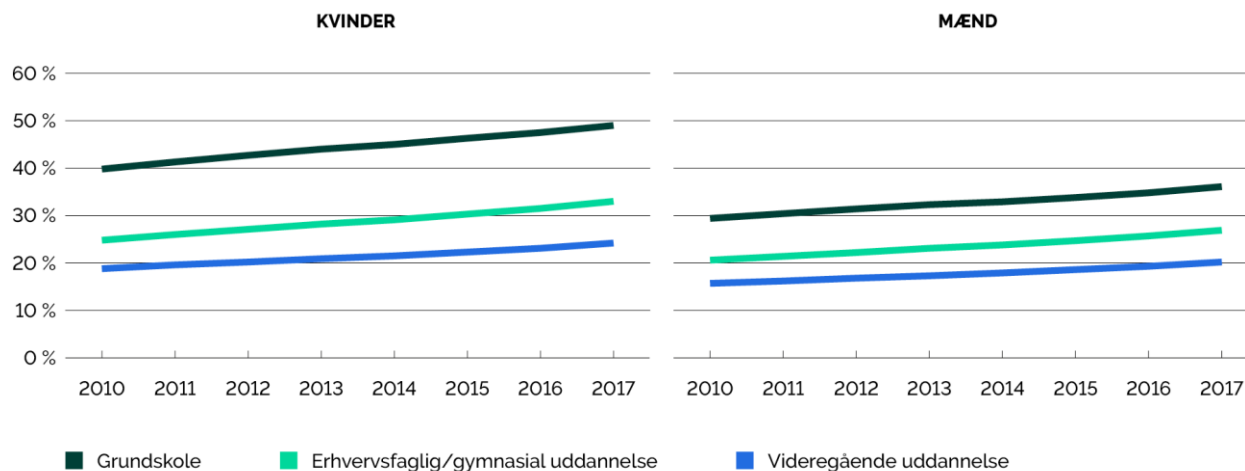
FIGUR 5.1

Andelen, der har dårligt mentalt helbred, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010, 2013 og 2017.



FIGUR 6.10.1

Andel, der har to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveaue blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i perioden 2010-2017.



Social ulighed i dårligt mentalt helbred og flere samtidige kronisk sygdomme

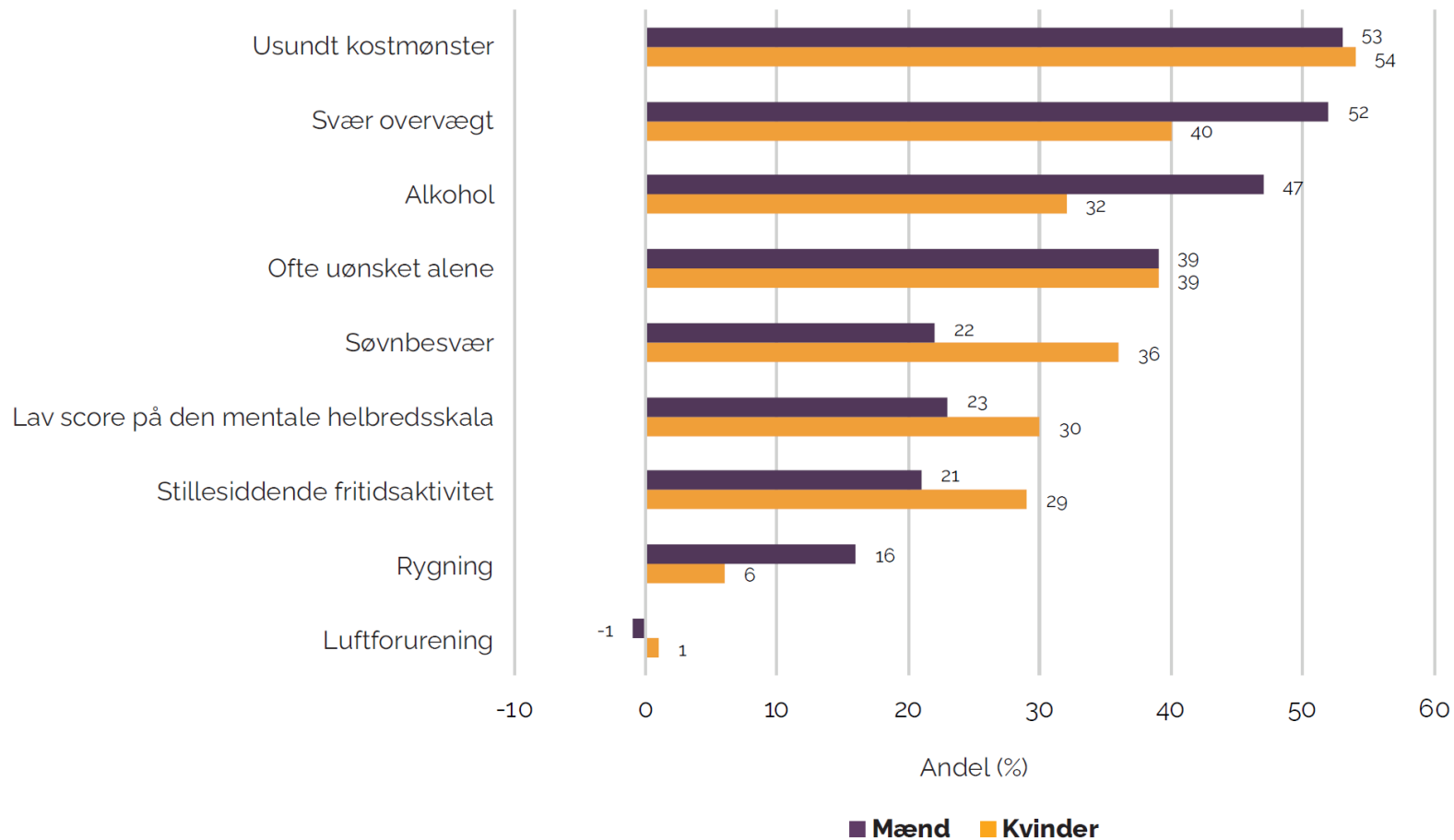
- En betydelig social gradient for begge indikatorer
- Andelen af personer med et dårligt psykisk helbred er stigende i perioden 2010-2017
- Andelen af personer med et dårligt mentalt helbred stiger med faldende uddannelsesniveaue (social gradient)
- Andelen af personer med multimorbiditet (2 eller flere kroniske sygdomme) er stigende i perioden 2010-2017
- Andelen af individer med multimorbiditet stiger med faldende uddannelsesniveaue (social gradient)
- Den sociale ulighed stiger i perioden



Dødelighed, risikofaktorer og social gradient



Figur 1.3.1 Andel (%) af ekstra antal dødsfald, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.

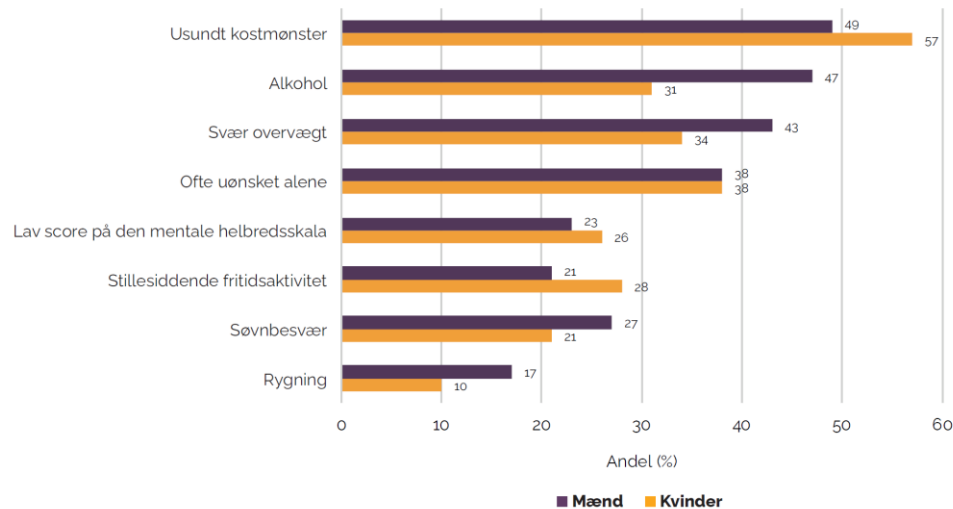


Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster.
Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Det Centrale Personregister og Dødsårsagsregisteret.

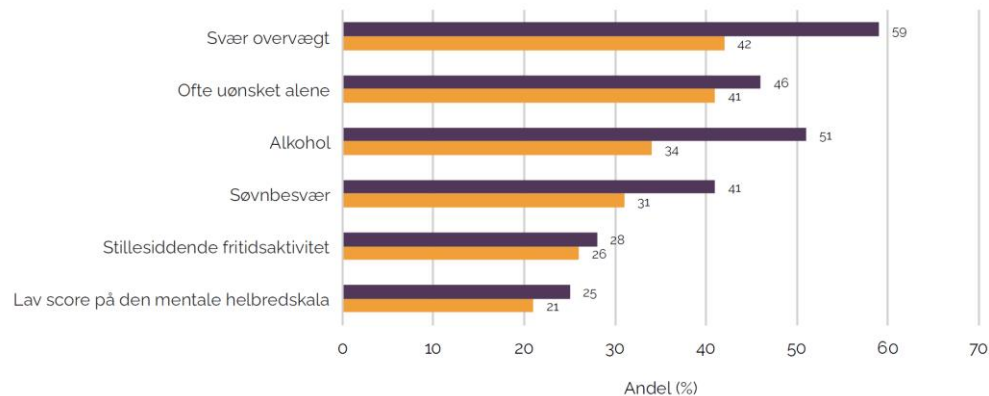
Indlæggelser og social gradient



Figur 1.3.2 Andel (%) af ekstra antal somatiske indlæggelser, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



Figur 1.3.3 Andel (%) af ekstra antal psykiatriske indlæggelser, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktoren som personer med en videregående uddannelse, 30 år eller derover, 2017.



- En betydelig social gradient
- Sammenligninger gruppen af personer med en videregående uddannelse
- Den sociale ulighed i ekstra antal somatiske indlæggelser er størst for usundt kostmønster, alkohol, svær overvægt og ofte uønsket alene
- Den sociale ulighed i ekstra antal psykiatriske indlæggelser er størst for svær overvægt og ofte uønsket alene blandt begge køn samt for alkohol og søvnbesvær blandt mænd
- For alle risikofaktorer ses en større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder

Forudsætninger for at mindske social ulighed

Udvalgte konklusioner

- Stærk almenmedicin og primærsektor er vigtig fordi mange af de virkemidler og kvaliteter som den sårbare patient behøver
- Kræver samarbejde på tværs af sektorer og flere fagområder, for at hjælpe borgeren med komplekse problemer
- Kræver nærhed, kontinuitet og samlet befolkningsansvar

Ulighed i sundhed

–

8 kritiske spørgsmål

De otte spørgsmål:

1. Hvilke hyppige årsager til de store folkesygdomme er socialt mest ulige fordelt?
2. Hvilke ulige fordelte forhold påvirker sygdomsforløb og -konsekvenser?
3. Hvilke drivkræfter former den ulige fordeling af sygdomsårsagerne?
4. Hvilke drivkræfter former den ulige fordeling af årsager bag sygdomsforløb og -konsekvenser?
5. Hvilke indsatser kan påvirke sygdomsårsagernes sociale fordeling?
6. Hvilke indsatser kan ændre den sociale ulighed af årsager til sygdomsforløb og -konsekvenser?
7. Hvilke forudsætninger kræves for at de forebyggende indsatser mod ulighed implementeres?
8. Hvilke forudsætninger kræves for at de behandlende indsatser mod ulighed implementeres?

	Viden om ulige fordelte årsager til sygdom og sygdomsforløb	Viden om hvad som driver ulighed i årsagerne	Viden om indsatser som ændrer fordeling af årsagerne	Viden om implementering af indsatserne
Ulighed i risiko at blive syg	1	3	5	7
Ulighed i konsekvenser af at være syg	2	4	6	8

Kilde:³⁴

Af

Finn Diderichsen, Professor em, dr.med. speciallæge,
 Terese Sara Høj Jørgensen, Lektor, PhD, Cand.Scient.San.Publ
 Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Københavns Universitet

Husk civilsamfundet

Charlotte Bach Thomassen, landsformand for DGI

- Udvikle og forstærke det frivillige foreningsliv og sænke barriererne for at dyrke motion
- Lokal ejerskab, medansvar, medbestemmelse
- Potentialer og perspektiver i tættere samarbejde mellem sundhedsvæsen og civilsamfund er store

<https://dssnet.dk/civilsamfund-og-sundhedsvaesen-kan-sammen-skubbe-til-vilde-problemer/>



Betydning af lokalsamfund

- Lokale fællesskaber har stor betydning
- Vanskeligere adgang til sundheds-, forebyggende og rehabiliterende tilbud i landdistrikter og udsatte boligområder
- Høj andel af socialt dårligt stillede personer med begrænset mobilitet i almennyttige boliger
- Personer med lav socioøkonomisk position får færre tilbud i sundhedssystemet end personer med høj socioøkonomisk position
- Råd til kommunerne fra Sund By Netværket



Redigeret af Pernille Tanggaard Andersen,
Charlotte Bech Lau og Heidi Myglegård Andersen

Sundheds fremme i kommuner og lokalsamfund

Mellem forskning, planlægning og praksis

Fælles interesse i forebyggelse

- Fælles interesse i forebyggelse og sygdomsforværring:
 - Dæmpe behovet for sundhedsydelse
 - Forbrug af sundhedsydelser kan være tegn på alvorlig mistrivsel
 - Dårlig fysisk eller psykisk helbred kan resultere i lugtgener, udadreagerende adfærd, utryghed i nærmiljø, misvedligeholdelse af boliger, økonomisk misvedligeholdelse af leje, øget brug af personaleressourcer i boligselskaber mv.

Michael Buch-Barnes og Bo Mouritzen, Formand for Brøndby Boligselskab og sekretariatsleder i Brøndby Strand Projektet. Almene boligselskaber: Psykiatriplanen er også et redskab til at skabe bæredygtige boligområder. Indlæg i Altinget den 11. november 2022

<https://www.altinget.dk/social/artikel/almene-boligselskaber-psykiatriplanen-er-ogsaa-et-redskab-til-at-skabe-baeredygtige-boligomraader>

Se også Clark et al. 2018: Health Care Utilization and Expenditures of Homeless Family Members Before and After Emergency Housing. American Journal of Public Health 108, 808-814 (Massachusetts)

Debat

Almene boligselskaber: Psykiatriplanen er også et redskab til at skabe bæredygtige boligområder

Der venter et langt, sejt træk for at få implementeret psykiatriplanen. Inddrag også den almene boligsektors perspektiver, for mennesker med psykiske problematikker skal have værdige og trygge boligvilkår, skriver Michael Buch-Barnes og Bo Mouritzen, der kommer med fem ønsker for psykiatrien.



Fra politisk hold har der i flere år været fokus på at skabe en blandet og bæredygtig beboersammensætning i en række almene boligområder. Her ses der blandt andet på parametre som etnicitet, indkomst. Det er på tide også at se psykiatriplanen som et redskab, skriver Michael Buch-Barnes og Bo Mouritzen. Foto: Asger Ladefoged/Ritzau Scanpix

Robusthedskommissionen

Anbefalinger offentliggjort den 11. september 2023

Kommission
for **robusthed i**
sundhedsvæsenet

Seks grundlæggende præmisser

1. Vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken.
2. Vi skal have meget skarpere prioritering og differentiering.
3. Vi skal sikre attraktive arbejdspladser, og opgaverne skal løses fleksibelt med rette kompetencer.
4. Vi skal opprioritere vækst, innovation og kvalitet i det primære sundhedsvæsen.
5. Vi skal have større ambitioner for den strukturelle forebyggelse.
6. Vi skal have fokus på, at den sociale og geografiske ulighed ikke øges yderligere.

Robusthedskommissionens anbefalinger



STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

Anbefaling 1: Nationalt prioriteringsråd skal frigøre ressourcer til kerneopgaven

Anbefaling 2: Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering

Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

Anbefaling 4: Uhensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

Anbefaling 5: Kompetencer skal bruges på tværs af geografi og sektorer

Anbefaling 6: Der skal indføres et fælles princip om "digitalt og teknologisk først"

Anbefaling 7: Der skal sikres bedre rammer for hurtig ibrugtagning af dokumenteret arbejdskraftsbesparende teknologi

Anbefaling 8: Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes



ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

Anbefaling 9: Ledelse skal prioriteres, og ledelseskvaliteten skal styrkes

Anbefaling 10: Flere skal op i tid

Anbefaling 11: Vagtarbejdet skal udtyndes og deles mellem flere

Anbefaling 12: Stillinger og karriereveje skal være forandret i det patient- og borgernære arbejde

Anbefaling 13: Potentialitet ved senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet skal indfries

Anbefaling 14: Kompetencer fra udlandet skal bruges bedre gennem styrket tilknytning

Anbefaling 15: Flere og bedre introforløb til nyuddannede



RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelser skal reformeres, så karrierevejene rettes mod praksis

Anbefaling 18: Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage

Anbefaling 19: Kobling mellem uddannelse og job skal styrkes, så praksis- og ansvarschok undgås

Anbefaling 20: Mere strategisk og langsigtet styring af udbud af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres



Tak for opmærksomheden

Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse og –politik

Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet

→ Email: mibech@sam.sdu.dk

→ LinkedIn: www.linkedin.com/in/mickaelbech