

Temamøte 1: Den nye pasienten



Inspirasjonsnotat, utarbeidet av prosjektgruppen
Oslo, 26. oktober 2005

Innhold

Innledning.....	3
I 2015.....	3
Det store bildet	4
Demografi: Midt i et hamskifte	4
Sentralisering.....	5
Flere nordmenn, høyere levealder og lavere pensjonsalder	5
Helseregionene og aldersfremskrivning.....	7
Etnisk mangfold	7
Utdannelsesnivå	8
Teknologi: Makten flyttes	9
Internett	9
Bloggerne kommer	9
Teknologitro og –skepsis	9
Helse: Forfall og fremskritt.....	10
Aktivitetsutvikling og aktivitetsprofiler ved norske sykehus 1995-2004	11
De store sykdomsgruppene	11
Kroniske sykdommer	11
Innvandrerers helse.....	11
Helseutgifter	11
Samfunn: Når pasienten våkner	12
Fra pasient til prosument.....	12
Fra ubetinget til betinget lojalitet	14
Fra pasient til helsekonsument	15
Fra pasientforløp til pasientloop.....	15
En utvidet helsearena	16
Tre måter å mestre på	16
Noen mottrender.....	17
Den sosiale arven	17
Tabuene faller i spotlightsamfunnet.....	18
Pasienten i 2015 – tre fremtidsbilder.....	18
Fremtidsbilde 2: ”Nettverksbyggeren”.....	20
Fremtidsbilde 3: ”Helsetaperen”	21
Kildeliste	22
Vedlegg: Utvikling i sykehusopphold for ulike pasientgrupper 1995-2004.....	23
Utviklingen i sykehusopphold og dødsfall.....	23
Utviklingen i sykehusopphold for ulike pasientgrupper	24
Forbruk av helsetjenester hos eldre	25
Kroniske sykdommer	26
Psykiske lidelser	27
Konklusjon	28

Innledning

Det har vært en formidabel økning i den norske befolkningens bruk av helsetjenester de siste ti årene. Siden det er liten grunn til å tro at befolkningen er blitt så mye sykere, må denne utviklingen bety at terskelen for å legge pasientene inn i sykehus og å inkludere dem i helsetjenesten på andre måter er blitt lavere. I dette notatet vil vi se på både utviklingen blant pasientene de siste årene, og gi perspektiver på hvordan pasientene kan bli i årene fremover.

Hvem er så disse pasientene som helsetjenesten møter om ti år – i 2015? Ti år er både kort og lang tid, men det er innenfor en horisont der det er mulig å planlegge, legge strategier og treffe beslutninger som kan angi en ønsket utvikling. Notatet er ikke ment å være en utfyllende analyse av pasientene anno 2015 eller hvilke drivkrefter som driver utviklingen. Vi har valgt å fokusere på noen forhold som vi ser som de viktigste drivkreftene, og som kan bidra til å angi ulike utviklingsretninger for helsetjenesten i årene fremover.

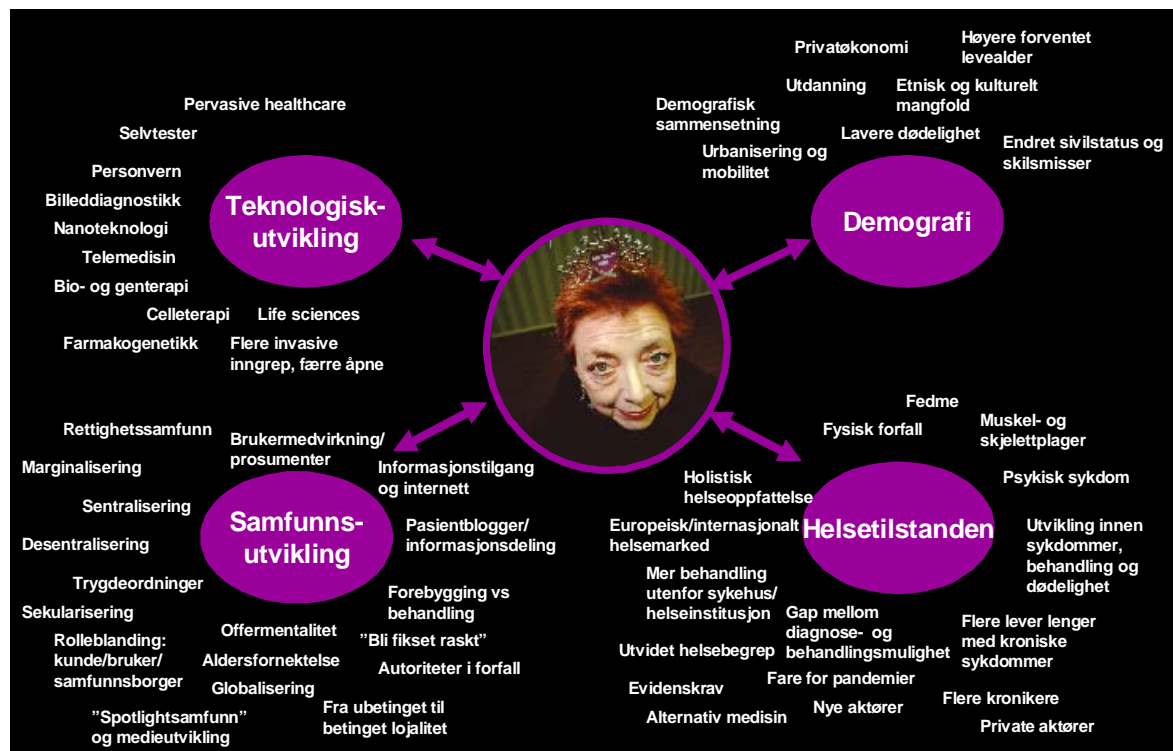
I 2015...

- ❖ Pasienten er ikke pasient, men helsekonsument
- ❖ Vi har ikke lenger "pasientforløp", men "pasientloop"
- ❖ Fra strukturert primær- og sekundærhelsetjeneste, skolemedisin og alternativ medisin til personlig helsearena med mange ulike elementer
- ❖ Økt fokus på kunnskapsbasert behandling
- ❖ En (enda) videre definisjon av helse
- ❖ Tre pasienttyper: "Adm dir Egen Helse", "Nettverksbyggeren" og "Helsetaperen"

Vårt postulat er at det er ikke helsetjenesten selv som vil være den viktigste drivkraften i denne utviklingen. Utviklingen skyldes snarere en allianse mellom en ny generasjon helsekonsumenter og helseleverandører, som vil være motoren i utviklingen av helsetjenesten i årene fremover. Fire tunge drivkrefter påvirker utviklingsretningen: Demografi, den generelle helsetilstanden, samfunnsutviklingen og den teknologiske utviklingen¹.

¹ Vi skriver ikke om den medisinske teknologien i dette notatet. Årsaken er at vi antar at medlemmene av tankesmien er godt orientert om feltet og hvordan dette kan påvirke pasientene i årene fremover. Ellers henviser vi til Mandag Morgens temanummer "Den høyteknologiske pasienten", nr 41- 42 2004 som handler om hvordan medisinsk teknologi på ulike måter vil utfordre og endre helsetjenesten og påvirke forholdene for pasientene.

Figur 1: Fire tunge drivkrefter. Kilde: Visjon helse 2015



Det store bildet

Demografi: Midt i et hamskifte

Den norske befolkningen befinner seg midt i et demografisk hamskifte²: Vi blir eldre, vi urbaniseres og vi blir flerkulturelle. De enkelte demografiske endringene vil ha effekt på samfunnet, hvordan pasientene og helsetjenesten beveger seg fremover. Likevel er det *kombinasjonen* av de ulike forholdene – både de demografiske faktorene og andre drivkrefter – som skaper de store usikkerhetene og kraftfulle endringer.

Et eksempel er kombinasjonen av utviklingen i alderssammensetning, urbanisering og politiske uttalelser om at eldre personer skal få pleie i nærheten av barna sine dersom det er hensiktsmessig. Andelen over 67 år øker betydelig i årene etter 2010, mange av deres barn bor i sentrale områder, og hvis en del eldre vil være nær sine pårørende så kan det forsterke befolkningsoppbyggingen og øke behovet for pleie- og helsetjenester i de sentrale strøkene.

Et annet eksempel er hva som skjer når en økende andel av innvandrerbefolkningen begynner å eldes. Vi så et signal om det i sommer: Flere politikere med innvandringsbakgrunn tok til orde for at det etableres egne alders- og sykehjem for eldre innvandrere.

Vi presenterer her på en kortfattet måte de viktigste demografiske endringene³.

² Mandag Morgen: Norges nye befolkning. Aldring, innvandring og det flerkulturelle samfunn. Oslo, sep 2004.

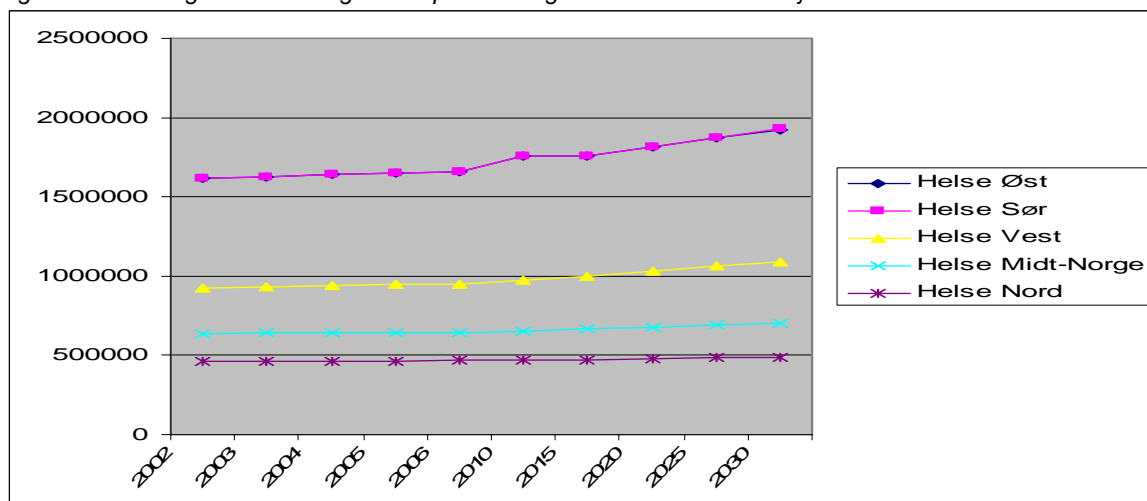
³ Alle demografiske data er hentet fra SSB. Det er tatt utgangspunkt i det såkalte "mellomalternativet" for fremskrivningene.

Sentralisering

Siden begynnelsen av 1950-tallet har vi hatt nettoutflytting fra utkantstrøkene til sentrale strøk. De største strømmene har gått til området rundt Oslofjorden, men også større sentrale andre steder i landet har hatt flyttinggevinst. Nord-Norge og Vestlandet har siden 1972 hatt nettoutflytting i alle år. De fire største tettstedene – Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim – sto for hele 63 prosent av befolkningsveksten i tettstedene. Oslo sto alene for 45 prosent av den.

Vi ser at sentraliseringstendensen gjenspeiles i befolkningsutviklingen i helseregionene. I figuren nedenfor har vi fordelt befolkningsfremskrivningene på helseregionene, og ser at Helse Øst, Sør og Vest kan vente befolkningsøkning frem mot 2030, mens det er ventet et mer stabilt befolkningstall i Helse Midt-Norge og Nord. Helse Øst og Helse Sør har svært like befolkningstall, derfor er grafen til Helse Øst skjult under Helse Sør.

Figur 2: Befolkningsfremskrivning fordelt på helseregionene. Kilde: SSB/Visjon helse 2015



Flere nordmenn, høyere levealder og lavere pensjonsalder

Norges befolkning har vokst kraftig de siste 30 årene. Vi er i dag færre unge og flere gamle mennesker fordi dødeligheten (særlig barnedødeligheten) har sunket og fruktbarheten har gått ned. I årene som kommer vil effekten av redusert barnedødelighet bli vesentlig mindre da denne nå er nede på et svært lavt nivå. Økningen i antall eldre vil imidlertid likevel øke fordi de store årskullene etter krigen nå kommer inn i pensjonistenes rekker, i tillegg til at også levealderen for voksne mennesker vil øke noe.

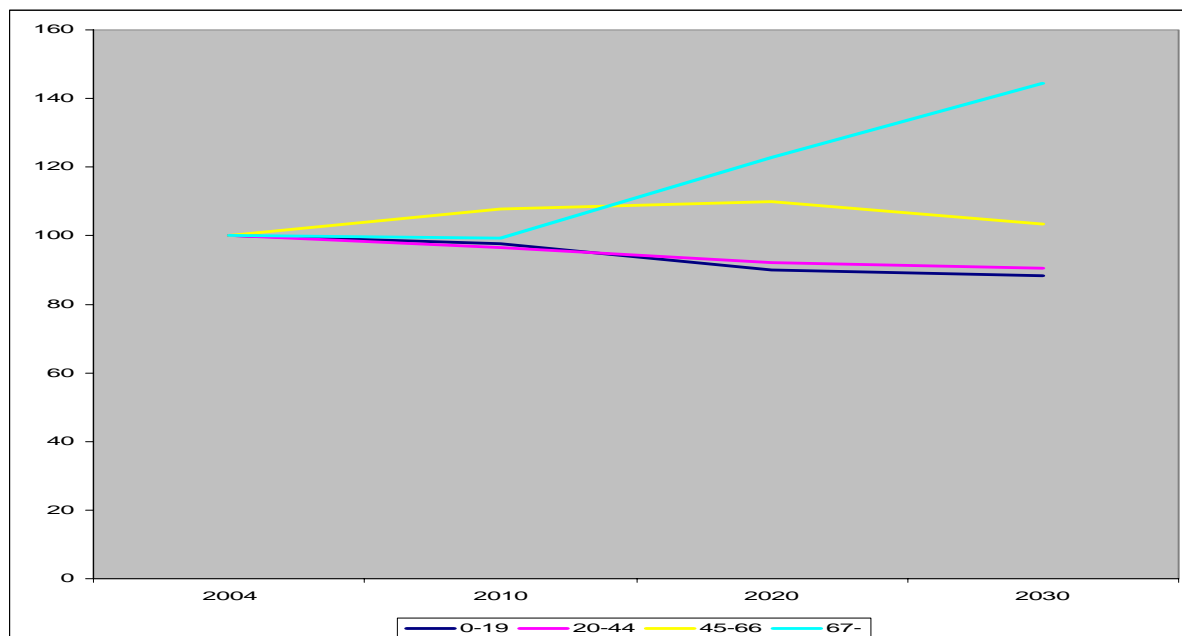
Nyfødte gutter kan nå forvente å bli 77,5 år, mens nyfødte jenter kan forvente å bli 82,3 år. Forventet levealder ved fødsel økte med ca 25 år i det 20. århundre. Dette skyldes hovedsakelig en reduksjon i spedbarns- og barnedødeligheten, men også bekjempelse av tuberkulose som krevde mange unge liv. Spedbarnsdødeligheten er nå blant de laveste i verden. I fjor døde 3,2 barn under ett år per 1 000 levendefødte. En 50-årig mann kan i 2004 forvente å leve 3,32 år lengre enn en 50-åring i 1946-1950 kunne. For en 50-årig kvinne er forskjellen større. De kan forvente å leve 5,87 år lengre i dag enn i 1946-1950.⁴

Vi har tatt utgangspunkt i SSBs befolkningsfremskrivning og sett på den prosentvise økningen og nedgangen i ulike aldersgrupper frem mot 2030 slik at vi får et bilde av befolkningssammensetning fremover. Effekten av babyboomer-generasjonen vil bli mest markant etter 2010 ved at andelen av befolkningen som er over 67 år da øker betydelig i forhold til yngre aldersgrupper. Det ser vi av tallene når vi indekserer befolkningsandelen i de ulike aldersgruppene (se figuren nedenfor). I 2004 utgjorde andelen over 80 år 4,5 prosent av befolkningen. Andelen holder seg stabilt på det nivået frem til 2020. Men mellom 2020 og 2030 vil den øke til 6,2 prosent ifølge SSBs beregninger. Misforholdet mellom "nærende" og "tærende" forsterkes ytterligere av at den reelle pensjonsalderen nå er under 60 år. I en

⁴ Her kan man finne ut forventet levealder på ulike alderstrinn: <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/>

ny undersøkelse som Mandag Morgen gjennomførte i befolkningsgruppen 40-60 år, sier et flertall - 32 prosent - at de vil pensjonere seg når de er mellom 62-64 år. Tilsvarende sier 23 prosent at de planlegger å gå av med pensjon når de er mellom 65-66 år, 24 prosent når de er 67 år og bare seks prosent når de er 68 år eller eldre.⁵

Figur 3: Mismatch mellom "nærende" og "tærende", prosent av befolkningen. Kilde: SSB/Visjon Helse 2015.



Det er likevel usikkert hvordan denne utviklingen i befolkningens sammensetning vil påvirke de ulike delene av helsetjenesten. Det er ikke gitt at økende andel over 67 år krever tilsvarende økning i antall sykehustjenester og sykehussenger, slik enkelte forskere har regnet ut.⁶ Stein Østerlund Petersen fra SINTEF Helse har nylig publisert et notat der han skriver at eldrebønnen vil føre til behov for 3.600 flere sykehussenger i 2025 dersom man bruker sykehusene på samme måte i 2025 som man gjorde i 2003.

Utviklingen de siste ti årene har derimot vist at de yngre eldre (67-79 år) i stadig mindre grad bruker sykehustjenester for viktige sykdommer som hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, lårhalsbrudd og sukkersyke (se vedlegget bakerst i dokumentet). På den annen side er gruppen >80 år i stadig større grad representert i sykehusene med disse diagnosene. Hvordan aldersutviklingen vil påvirke sykehusene i fremtiden, vil derfor være avhengig av hvordan antallet blant de yngre og eldste eldre utvikler seg. Selv om det blir flere >80 år som i økende grad bruker sykehusene, kan det altså tenkes at dette kompenseres ved at gruppen 67-79 år blir stadig friskere, eller mindre avhengig av sykehusene. Muligens får de tilstrekkelig hjelp via primærhelsetjenesten slik at den i økende grad merker konsekvensene av eldrebølgen.

Likevel vil gruppen over 67 år også i fremtiden utgjøre langt over halvparten av alle sykehussinnleggelsene. Denne gruppens behandlingsbehov og service ønsker vil derfor i stor grad prege helsetjenestens utvikling, både teknisk, organisatorisk og praktisk.

⁵ Upubliserte resultater fra en undersøkelse blant 995 respondenter i aldersgruppen 40-60 år som MMI har gjennomført på oppdrag fra Mandag Morgen i samarbeid med IBM og Vital.

⁶ Stein Østerlund Petersen: "Post-war baby boom becomes elderly boom – some consequences for the hospital sector in Norway". SINTEF Health Research, Trondheim oktober 2005.

Helseregionene og aldersfremskrivning

Prosjektgruppen har sett på hvordan SSBs fremskrivninger av fordelingen på aldersgrupper frem mot 2015 og 2020 fordeler seg på helseregionene, figur 4. Figuren viser at utviklingen ser ut til å bli ganske ensartet i alle regionene: Andelen av befolkningen i aldersgruppene 0-19 og 20-44 år synker, mens den øker for aldersgruppene over 45 år. Andelen 0-19 år vil synke med 2-3 prosentpoeng, og andelen 20-44 år vil reduseres med 2-4 prosentpoeng. Samlet vil det si at andelen som er under 44 år synker med mellom 4-7 prosentpoeng frem mot 2020. Tilsvarende vil andelen over 67 år øke med rundt 4 prosentpoeng.

Figur 4: Fremskrivning av helseregionenes alderssammensetning. Prosent av befolkning i hver helseregion. Kilde: SSB/Visjon helse 2015

Helse Øst		0-19	20-44	45-66	67-79	80-89	90 -
	2002	24	37	25	9	4	1
	2015	23	34	29	10	3	1
	2020	22	33	30	11	3	1
Helse Sør		0-19	20-44	45-66	67-79	80-89	90 -
	2002	26	34	26	9	4	1
	2015	24	32	28	11	4	1
	2020	23	31	29	12	4	1
Helse Vest		0-19	20-44	45-66	67-79	80-89	90 -
	2002	28	35	24	8	4	1
	2015	26	33	27	10	3	1
	2020	25	32	27	11	3	1
Helse Midt-Norge		0-19	20-44	45-66	67-79	80-89	90 -
	2002	27	34	25	9	4	1
	2015	25	31	28	11	4	1
	2020	24	30	29	12	4	1
Helse Nord		0-19	20-44	45-66	67-79	80-89	90 -
	2002	27	33	26	9	4	1
	2015	24	32	28	11	4	1
	2020	23	31	29	12	4	1

Etnisk mangfold

Innvandringsbefolkningen er fra over 200 ulike land, og har økt jevnt de siste 25 årene. I dag utgjør den 8 prosent av befolkningen. Oslo hadde høyest andel innvandrere med 22 prosent, etterfulgt av Drammen (17 prosent), Lørenskog (14 prosent), Askim, Skedsmo og Båtsfjord (alle 12 prosent). Oslo hadde høyest andel ikke-vestlige innvandrere med 18 prosent, etterfulgt av Drammen (14 prosent), Lørenskog (11 prosent), Askim og Skedsmo (begge 10 prosent). 47 prosent av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen og 38 prosent av den vestlige innvandrerbefolkningen bodde i Oslo og Akershus ved inngangen til 2005.

Mandag Morgen har tidligere dokumentert at ca 70 prosent av alle innvandrerne er familiegjenforeninger, rundt 20 prosent er flyktninger og under 10 prosent er arbeidsinnvandring.⁷ Konsekvensen av denne sammensetningen av innvandringen er at Norge får tilført relativt få personer som kan tre raskt ut i arbeid, og det forsterker misforholdet mellom "tærende" og "nærende".

⁷ Mandag Morgen: Norges nye befolkning. Aldring, innvandring og det flerkulturelle samfunn. Oslo, sep 2004.

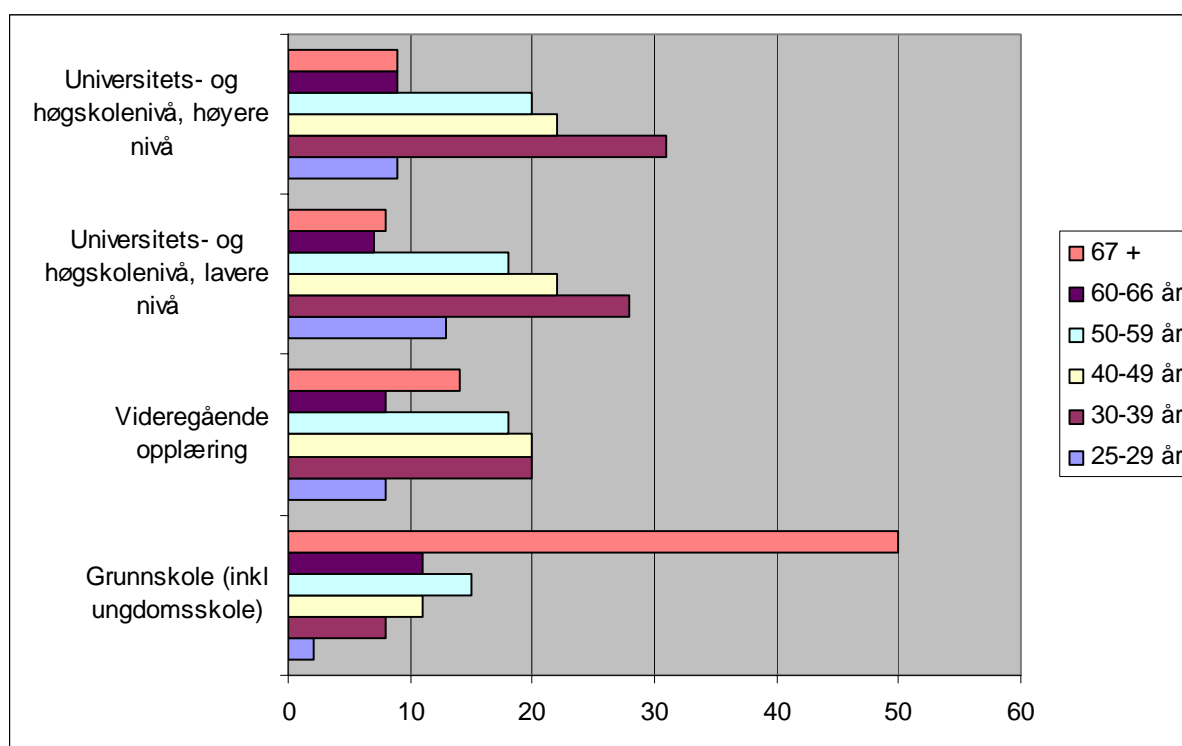
Ved inngangen til 2005 var nær halvparten av innvandrerbefolkningen i alderen 20-44 år, og det var samtidig en langt mindre andel eldre i denne befolkningsgruppen enn i befolkningen ellers. Siden ikke-vestlig innvandring startet på slutten av 1960-tallet, er det få som har rukket å bli 60 år, men denne gruppen øker i årene fremover.

Utdannelsesnivå

I Norge har 20 prosent av befolkningen over 16 år kun utdanning på grunnskolenivå, 56 prosent har videregående skole, 18 prosent har kort universitets- og høyskoleutdanning og 5 prosent har lang universitets- og høyskoleutdanning. Andelen som har utdanning ut over videregående skole har økt fra 13 prosent av befolkningen i 1984 til 23 prosent i 2003.⁸

I figuren nedenfor har vi fremstilt hvor stor andel av ulike aldersgrupper som har avsluttet ulike utdanningsnivåer. I dag er det svært få som bare har grunnskole, og ser vi på aldersgruppen 30-39 år er det rundt 70 prosent som har universitets- eller høyskoleutdanning. Det viser at vi har en befolkning som er vant til å tilegne seg informasjon, til å forholde seg til vitenskapelige metoder og bearbeide informasjon fra ulike kilder – en kompetanse man trekker med seg i livets ulike sammenhenger.

Figur 5: Utdannelsesnivå fordelt på aldersgrupper. Kilde: SSB/Visjon helse 2015



⁸ <http://www.ssb.no/emner/04/01/utniv/tab-2005-08-26-01.html>

Teknologi: Makten flyttes

Internett

7 av 10 husholdninger har PC og 95 prosent har mobiltelefon. Halvparten av oss bruker PC hver dag. En av tre husholdninger har bredbånd. Tre av fire har brukt Internett i løpet av de siste 3 mnd, og man bruker det mest til informasjonssøk og e-post. Utbredelsen og bruken av PC og Internett øker med husholdningsinntekt, utdannelsesnivå og er omvendt proporsjonal med alder, selv om det er en raskt økende andel godt voksne som har og bruker PC og Internett.⁹

Bloggerne kommer

Ifølge beregninger som Mandag Morgen har utført, er det i dag ca 30.000 bloggere i Norge. Gruppen øker raskt. Undersøkelsen viser også at hele en av tre nordmenn publiserer eget innhold på nettet hver eneste uke, dvs at de blogger, deltar i nettdebatter, publiserer egne fotografier og lignende.¹⁰

Bloggerne er viktige fordi de utfordrer publiseringsmonopolet til mediene. De er også en viktig maktfaktor siden mange publiserer synspunkter om produkter, tjenester og politikk som er tilgjengelig for alle – og bloggerne linker til hverandre slik at budskap og ytringer spres raskt. På den måten utfordrer de både offentlige og private virksomheter som kan risikere å miste viktige deler av kontrollen over eget budskap og omdømme – eller de kan bruke de helt nye mulighetene for reell toveis-kommunikasjon med brukere og kunder.

Mandag Morgen har så langt ikke registrert rene helseblogger i Norge der privatpersoner blogger om ulike helsetemaer. I sommer ble det etablert en psykologiblogg (<http://tenke.no/>). Internasjonalt har vi sett ulike former for helseblogger: De som er drevet av kommersielle aktører¹¹. Og de som skrives av privatpersoner som vil dele erfaringer rundt en sykdom med andre – f.eks en kvinne med brystkreft som opprettet bloggen <http://cancergiggles.blog-city.com>, som etter eget sigende er: *"Cancergiggles is an idiot's guide to accepting, living with, laughing at and dying from cancer. The very, very last bit I can't be absolutely sure of, but then who the hell can? I could have written some beautifully crafted, grammatically correct essays but I hope you will understand, that when I say "I don't have a lot of time" I mean it far more literally than you do. I just wanted scribble a few thoughts to maybe light a spark in people - and then it became a book about Cancer, Life, Death, Illness and Politics."*¹²

Teknologitro og –skepsis

Sensor- og kommunikasjonsteknologi åpner for nye muligheter for å overvåke og behandle pasienter uten at de er innlagt på sykehuset. I en befolkningsundersøkelse som Mandag Morgen foretok høsten 2004, viste det seg at den norske befolkningen er delt på midten i spørsmålet om mer behandling hjemmefra ved hjelp av ny teknologi. Skillelinjen gikk mellom de med høy versus lav inntekt. Høy-inntektsgruppen var langt mer positiv til å få behandling hjemme, mens de med lav inntekt i betydelig større grad mente at det fører til forstyrrelse av privatlivets fred og for mye ansvar overlates til pasientene selv og de pårørende.¹³

I en undersøkelse som Mandag Morgen gjorde i befolkningsgruppen 40-60 år i oktober 2005, ble det stilt ulike spørsmål om hvordan denne gruppen forholdt seg til ulike former for medisinsk teknologi. Resultatene viser at det på flere områder er betydelig positiv innstilling til den nye teknologien – og ikke minst til å spille en aktiv rolle selv i forhold til egen helse (se figuren nedenfor):

⁹ Håkon Rød: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i husholdningene, SSB 2005. Basert på datainnsamling 2. kvartal 2004.

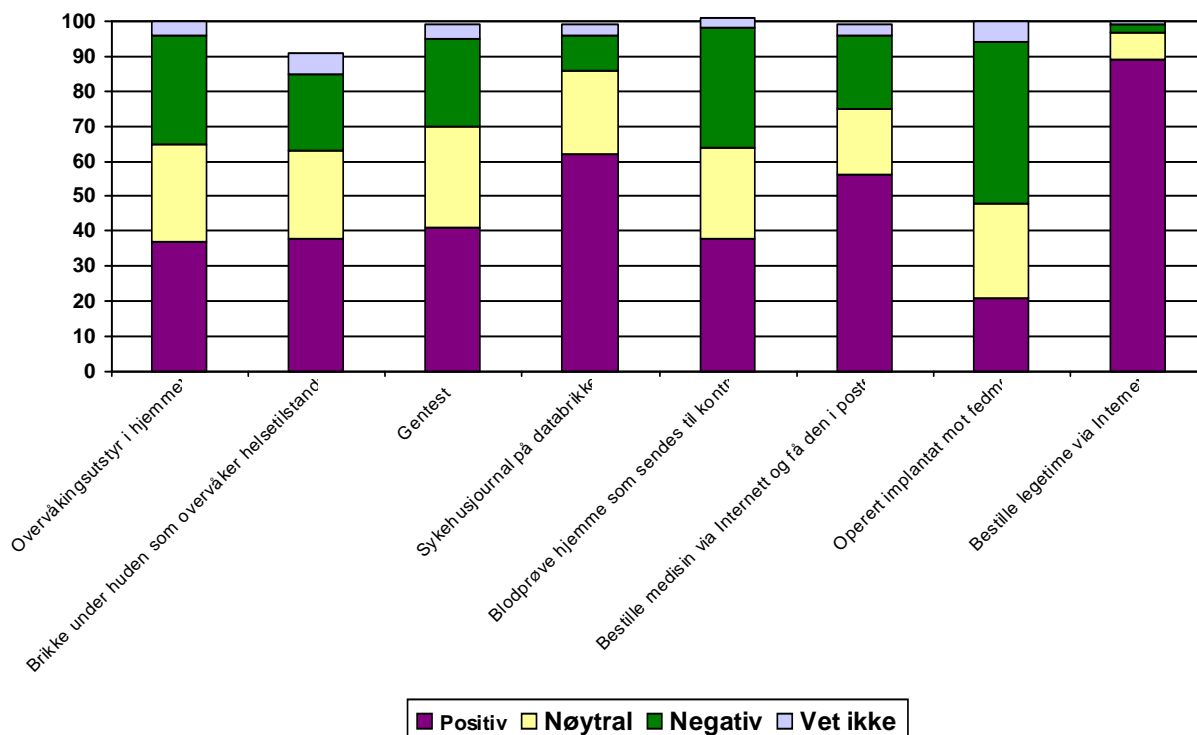
¹⁰ Ukebrevet Mandag Morgen: Bloggere tvinger virksomheter til radikal omlegging av kommunikasjon. Nr 32, 17. oktober 2005

¹¹ F.eks <http://blogs.health.yahoo.com/experts>, <http://www.thediabetesblog.com/>
<http://www.thecancerblog.com/>

¹² Andre eksempler på pasientblogger: <http://www.nobrarequired.com/journal/>

¹³ Ukebrevet Mandag Morgen: Sykehuset flytter hjem til pasienten. Nr 41-42, Oslo, 20 desember 2004. Temanummer om "Den høyteknologiske pasienten".

Figur 6: Folk mellom 40-60 år er stort sett positive til ny medisinsk teknologi. Kilde: MMI/Mandag Morgen



Helse: Forfall og fremskritt

Sykdomsbildet er i endring. Vi vil i økende grad kjenne byrden av kroniske sykdommer som øker i Norge så vel som på verdensbasis. I USA er det estimert at om lag 157 millioner mennesker vil leve med kroniske sykdommer i 2020. I tillegg vil det påvirke livet til de millioner av pårørende til kronikere.¹⁴

Hjerte- og karsykdommer er ikke lenger den mest utbredte kroniske sykdom i den vestlige verden. Mentale lidelser øker nå raskest, og målt ut fra tapte arbeidstimer er dette den største sykdomskategorien i verden.¹⁵ I noen europeiske land er det flere som dør av selvmord enn trafikulykker.¹⁶

Også i Norge ser vi en dreining i befolkningens helsetilstand mot flere kroniske sykdommer og livsstilssykdommer, en utvikling som trolig vil forsterkes i årene frem mot 2015 – og som utfordrer både etablerte behandlingsstrategier og forholdet mellom forebygging og behandling. Det er imidlertid vanskelig å spå hvordan dette vil påvirke de ulike delene av helsesektoren. Kroniske sykdommer utgjør nå en forsvinnende liten del av sykehusinnleggelsene. Selv om forekomsten av sukkersyke øker både hos unge og gamle, vises dette i liten grad i innleggelsesmønsteret de siste ti årene (se vedlegget). Pasienter >35 år med sukkersyke har faktisk hatt en nedgang i det totale antallet innleggelses i disse årene, og særlig gjelder dette eldre diabetikere. Unge med diabetes bruker sykehusene i større grad, men det totale antallet innleggelses er likevel minimalt. Heller ikke den økende belastningen av psykiske lidelser synes å gjenspeile seg i noen vesentlig belastning på sykehusene vurdert ut fra antallet innleggelses. Dette gjenspeiler sannsynligvis det faktum at for de aller fleste kroniske sykdommer ligger den største belastningen på primærhelsetjenesten.

¹⁴ Health & Health Care 2010. The Forecast. The Challenge, Institute For The Future, januar 2003

¹⁵ Ifølge WHO og Finn Diderichsen, professor MD PhD Universitetet i København

¹⁶ The Burden of Health, WHO 2002

Nylig kunne vi lese at rundt 30.000 nordmenn lider av sykelig overvekt. Mellom tre og fem prosent av guttene og åtte til ti prosent av jentene hadde søkt hjelp for psykiske plager det siste året, viser ungdomsundersøkelser i fem fylker som Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjennomført. Tall fra Rikstrykdeverket viser at over 36 prosent av sykefraværet hittil i 2005 skyldtes muskel- og skjelettlidelser, mens 13 prosent hadde opphav i psykiske plager.

Aktivitetsutvikling og aktivitetsprofiler ved norske sykehus 1995-2004

Tankesmien har innhentet oversikt over aktiviteter ved sykehusene (innleggelse til heldøgns opphold) i de forskjellige helseregionene de siste ni år. Det har vært en formidabel økning i antall sykehusopphold i denne ti-års perioden, på landsbasis henimot 50 prosent. Siden det er liten grunn til å tro at befolkningen har blitt så mye sykere, må denne utviklingen bety at terskelen for å legge pasientene inn i sykehus har blitt lavere. Det er stadig færre pasienter som dør i sykehus, både absolutt og i forhold til antall innleggelse, noe som også tyder på at økningen i antall innleggelse skyldes at mindre syke mennesker legges inn enn før. Dette kan imidlertid også skyldes at sykehusene i større grad skriver syke (terminale) pasienter ut til andre steder eller institusjoner slik at de kan dø der, for eksempel til sykehjem og liknende. I vedlegget bakerst i dokumentet er det detaljert oversikt over utviklingen i sykehusopphold for ulike pasientgrupper fordelt på helseregionene.

De store sykdomsgruppene

Siden 1980 er dødeligheten av hjerte- og karsykdommer redusert med 54 prosent for menn og 56 prosent for kvinner. Krefthyppigheten i befolkningen har økt betydelig siden 1970-tallet. I 1988 ble det registrert vel 17 000 nye tilfeller av kreft, mens nesten 22 500 nye tilfeller ble registrert i 2001. Kreft er hyppigste dødsårsak for de under 80 år, blant annet fordi hjerte- og karsykdommer har gått tilbake blant middelaldrende og eldre under 80 år¹⁷

Kroniske sykdommer

Egenrapportert helsetilstand i befolkningen har vært relativt uforandret de siste 20-25 årene. Utbredelsen av kronisk sykdom og skade økte fra 1995 til 1998, men viste seg tilnærmet stabil fra 1998 til 2002. 55 prosent av mennene oppgir at de har kroniske sykdommer, mot 67 prosent av kvinnene. 72 prosent av kvinnene i alderen 45-66 år oppgir at de har en kronisk sykdom, mot 60 prosent av mennene i samme alder. Blant de over 67 år oppgir like mange menn og kvinner kroniske sykdommer. Samtidig opplever ikke flere at sykdommen(e) begrenser dem i dagliglivet.¹⁸

Innvandrerers helse

Vi har lite statistikk om innvandreres helse, blant annet fordi de er en ganske ung befolkningsgruppe og fordi det ikke er foretatt systematiske undersøkelser i denne gruppen siden 1996. Det vi vet, er at ikke-vestlige innvandrere som har kroniske sykdommer i klart større grad opplever at sykdommene begrenser arbeidsevnen. Psykiske plager forekommer oftere blant innvandrere enn nordmenn. Diabetes er mer utbredt blant innvandrere. Innvandrere som har kroniske sykdommer har gjerne flere kroniske sykdommer samtidig.¹⁹

Helseutgifter

SSB har beregnet de totale helseutgiftene i Norge til i underkant av 168 milliarder kroner i 2004. Dette omfatter alle utgifter som kan relateres til å fremme helse og kurere sykdom. I 2004 var offentlige og private utgifter til helseformål på vel 31 200 kroner per innbygger, mot 24 600 kroner i 1997, målt i faste 2000-priser. Medisinsk behandling som behandling av pasienter ved sykehus, legekantor og tannleggekantor utgjør nesten halvparten av de samlede utgiftene.²⁰

¹⁷ Jørgen Svalund: Kvinner lever lenger – med flere sykdommer. SSB 2005.

¹⁸ Jørgen Svalund: Kvinner lever lenger – med flere sykdommer. SSB 2005.

¹⁹ Jørgen Svalund: Kvinner lever lenger – med flere sykdommer. SSB 2005.

²⁰ Jørgen Svalund: Kvinner lever lenger – med flere sykdommer. SSB 2005.

Samfunn: Når pasienten våkner

De siste tiårene har vi sett en samfunnsutvikling der rollen som samfunnsborger oftere byttes ut med rollen som forbruker og kunde – så også i forhold til helse. Som forbruker og kunde forventer vi service, tilrettelegging ut fra individuelle behov, garantier, klage- og erstatningsrett slik vi er vant til fra andre kundeforhold. Politisk er dette fulgt opp av ordninger som blant annet fritt sykehusvalg, offentliggjøring av kvalitetsmål for sykehusene og utvidede pasientrettigheter.

Vi ser også en utvikling i retning av å gjøre ikke bare sykdom, men også private/personlige problemer til et offentlig ansvar innen rammen av helsevesenets oppgaver. Et eksempel er ufrivillig barnløshet som før var et personlig problem, men nå er et offentlig behandlingstilbud som man krever og forventer fullfinansieres over offentlige midler. Det henger kanskje sammen med utviklingen av en "fiksementalitet" der vi forventer at "alt" kan ordnes i regi av helsevesenet, og det er ofte mer bekvemt å kreve behandling av en sykdom fremfor å selv forebygge at man får sykdommen. Et eksempel er behandling av fedme/sykkelig overvekt som har hatt en kraftig økning relativt sett de siste årene.

En stadig mer sekularisert befolkning slår seg ikke til ro med at sykdom eller død er "Guds vilje" eller at det er en mening med det. Derimot søker vi noen som kan fikse oss og noen som er ansvarlig for at vi blir friske. Muligens ser vi også økende krav til at vi som pasienter vil ha "sannheten" – raskt! Vi er svært utålmodige når vi blir syke. Vi vil ikke bare ha en diagnose raskt, vi vil også at den skal være krystallklar og umiddelbart følges av et fiks ferdig behandlingstilbud.

Her har muligens skolemedisinen og vitenskapen en hemsko i forhold til alternative behandlere. Tvil og tid hører vitenskapen til, mens alternative behandlere kan være bedre "selgere" av løsninger i sin visshet om at deres behandling virker, uten samme krav til dokumentasjon. Det gir fortvilte og rådville pasienter en følelse av å få klart svar, man får dekket et omsorgsbehov i tillegg til et behandlingsbehov og situasjonen oppleves mer håndterbar for pasienten. Mange konsulterer både tradisjonelle og alternative behandlere og velger det de selv har mest tro på. I tillegg betraktes ventetiden som et stort problem (og er det ofte også, spesielt for hver enkelt pasient) i stedet for å betrakte den som nyttig tid til mental og fysisk forberedelse før behandling, altså *forberedelsestid*.

Fra pasient til prosument

Det er en motsetningsfylt utvikling vi ser. Pasientene krever på den ene siden mer innflytelse, men vil samtidig ha klar ansvars plassering i helsetjenesten.

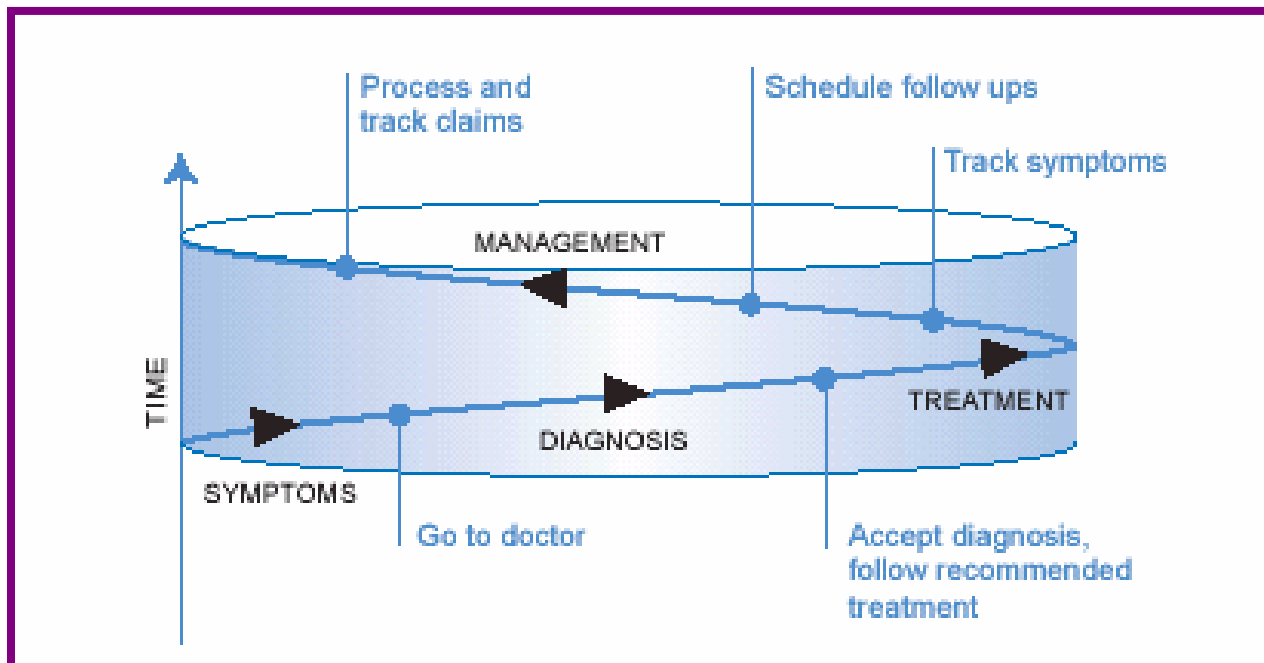
Stadig mer ansvar legges på enkeltindividet, og som svar på det økende ansvaret forventer man et avgjørende ord når beslutninger skal fattes. Den reviderte pasientrettighetsloven som ble innført 1. september 2004 er et tydelig tegn på vektlegging av pasientenes medbestemmelse (rett til å velge medvirkning i valget/velge selv behandling som skal gis, evt velge å ikke bli behandlet), individuell tilretteleggelse (kravet om individuell plan for pasienter med kroniske sykdommer) og juridiske rettigheter (fastsatt behandlingstid, klagerett, erstatning ved feilbehandling etc).

Med medbestemmelse og utforming av individuelle planer i samarbeid med helsepersonell, følger imidlertid også økt ansvar – ansvar for å være i stand til å treffe beslutninger om egen helse. Dette driver pasientene over i en *prosumentrolle* – dvs man er både produsent og konsument.

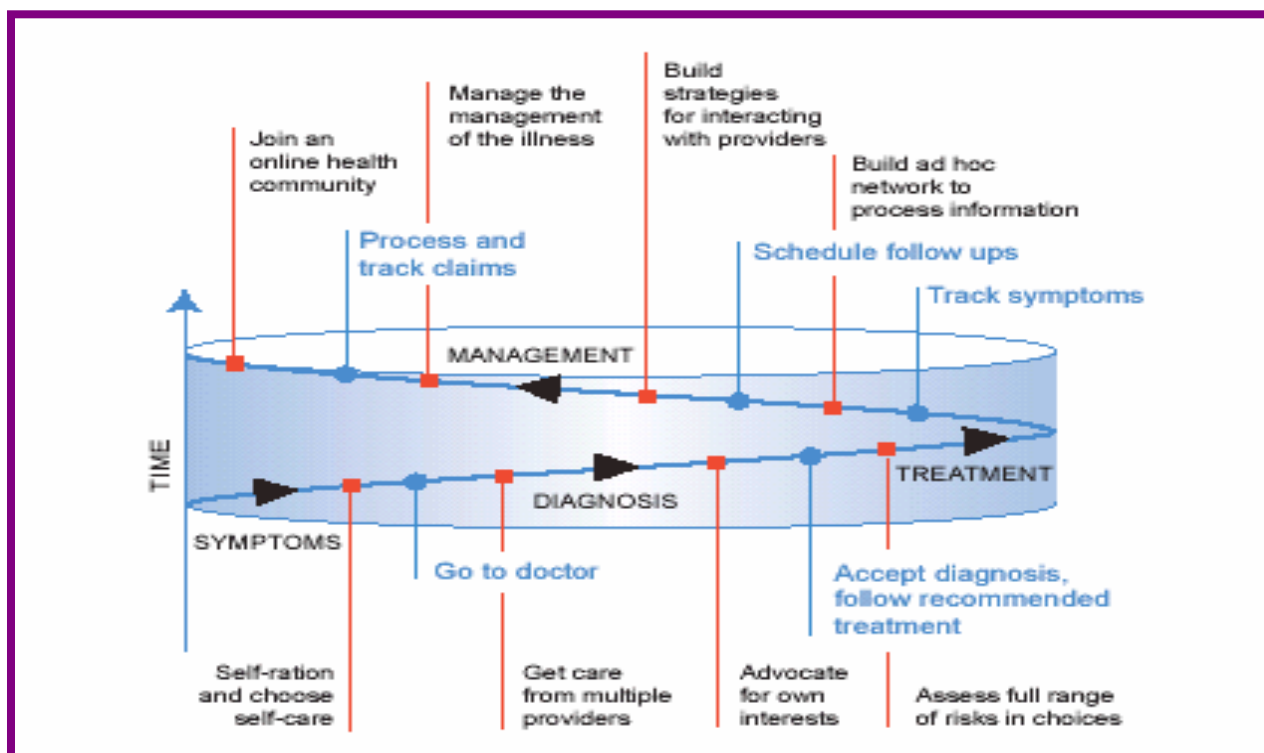
Dagens pasienter er i stadig mindre grad tilfredse med å være passive mottakere av behandling. De forventer partnerskap, samhandling, veiledning og ansvarlighet. De forventer mer enn en god medisinsk behandling – de krever mental og fysisk velvære og omsorg. Dagens helsetjeneste er i begrenset grad i stand til å håndtere de endrede kravene og gi den helhetlige omsorgen og behandlingen som pasienten mener man trenger. Dette følges også av en *utvidet oppfattelse av helse* der stadig flere produkter og tjenester anses som terapeutiske (f.eks akupunktur som smertestillende for fødende). Pasienter lager med andre ord sin egen *helsearena* der de setter sammen ulike behandlingsformer og informasjonskilder.

Prosjektrollen skaper også andre kontaktpunkter mellom pasienten og ulike deler av helsetjenesten og andre tilliggende aktører, som figurene nedenfor søker å illustrere.

Figur 7: Pasienten i møte med helsevesenet – før. Kilde: Institute For The Future



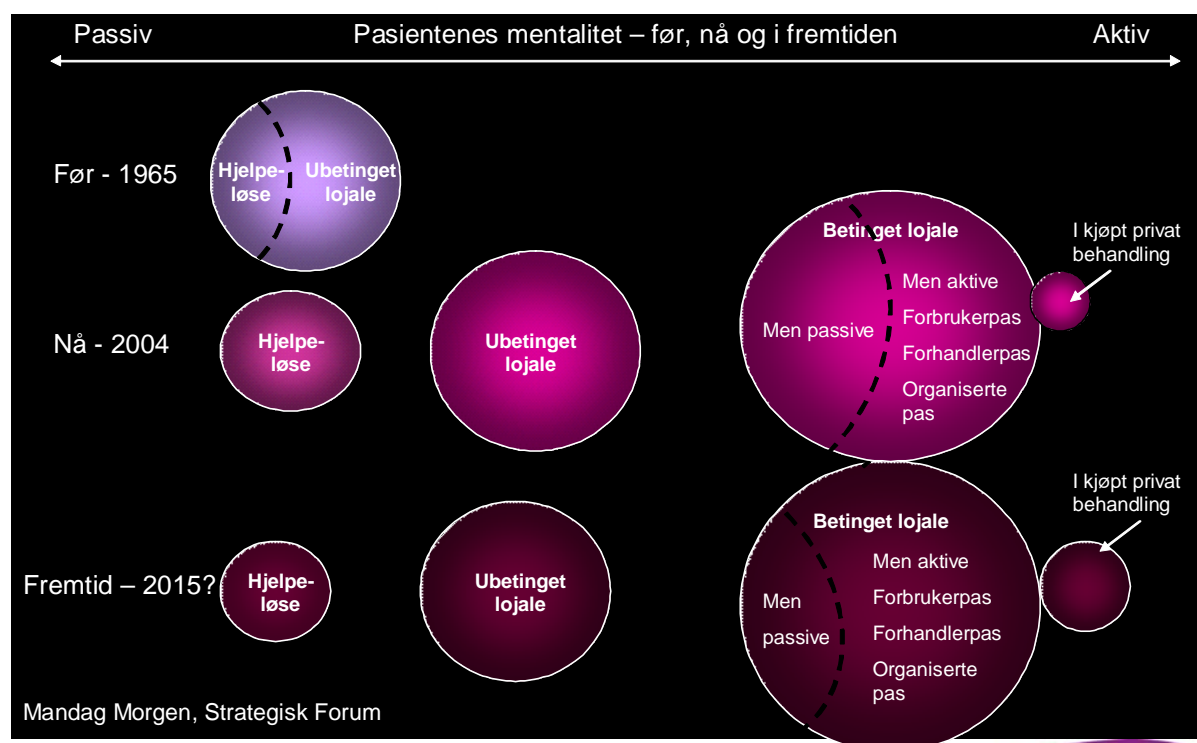
Figur 8: Pasienten i møte med helsetjenesten – nå/fremtid. Kilde: Institute For The Future.



Fra ubetinget til betinget lojalitet

Svekket autoritetstro og tilgang til alternative og internasjonale kilder bidrar til at en stadig større del av befolkningen går fra ubetinget lojalitet til helsetjenesten og helsepersonell til å bli stadig mer betinget lojale. En rekke undersøkelser viser likevel at et flertall av den norske befolkningen fortsatt har tillit til helsetjenesten. I en undersøkelse som Mandag Morgen og Vesta Forsikring utførte våren 2005, sa 52 prosent av befolkningen at de føler seg grunnleggende trygg på at de får den hjelpen de har rett til fra sykehuset og helsevesenet for øvrig, mens 62 prosent stoler på at de får det fra fastlegen.²¹ Det er likevel verdt å merke seg at de med lavest og de med høyest inntekt er minst trygge på at de får den hjelpen de trenger i helsevesenet. Huset Mandag Morgen har fremstilt utviklingen i befolkningens/pasientenes lojalitet til helsetjenesten over tid:²²

Figur 9: Pasientenes mentalitet. Kilde: Huset Mandag Morgen



Figuren skisserer en utvikling der pasientene beveger seg fra å være hjelpeløse eller ubetinget lojale i forhold til helsetjenesten, i økende grad blir betinget lojale. Og blant de betinget lojale er det en gruppe som likevel forholder seg passivt og "finder seg i" den behandlingen og tjenesten man får. Denne gruppen antar man blir mindre mens det blir flere betinget lojale pasienter.

Pasientene som er betinget lojale og aktive deles inn i tre grupper: Forbrukerpasientene shopper helsetjenester. Forhandlerpasienter stiller spørsmål, utfordrer helsevesenet og vil ha individuelt tilrettelagte løsninger. Organiserte pasienter bruker nettverk og pasientorganisasjoner eller andre fora aktivt til å fremme sin oppfatning av hvordan helsetjenesten bør være.

I tillegg er kommer de som kjøper seg privat behandling og går utenom det offentlige helsesystemet – en gruppe det her antas vil øke i årene fremover.

²¹ Trygghetsrapport 2005 – en analyse av nordmenns trygghet og utrygghet. Mandag Morgen og Vesta Forsikring. Oslo, juni 2005

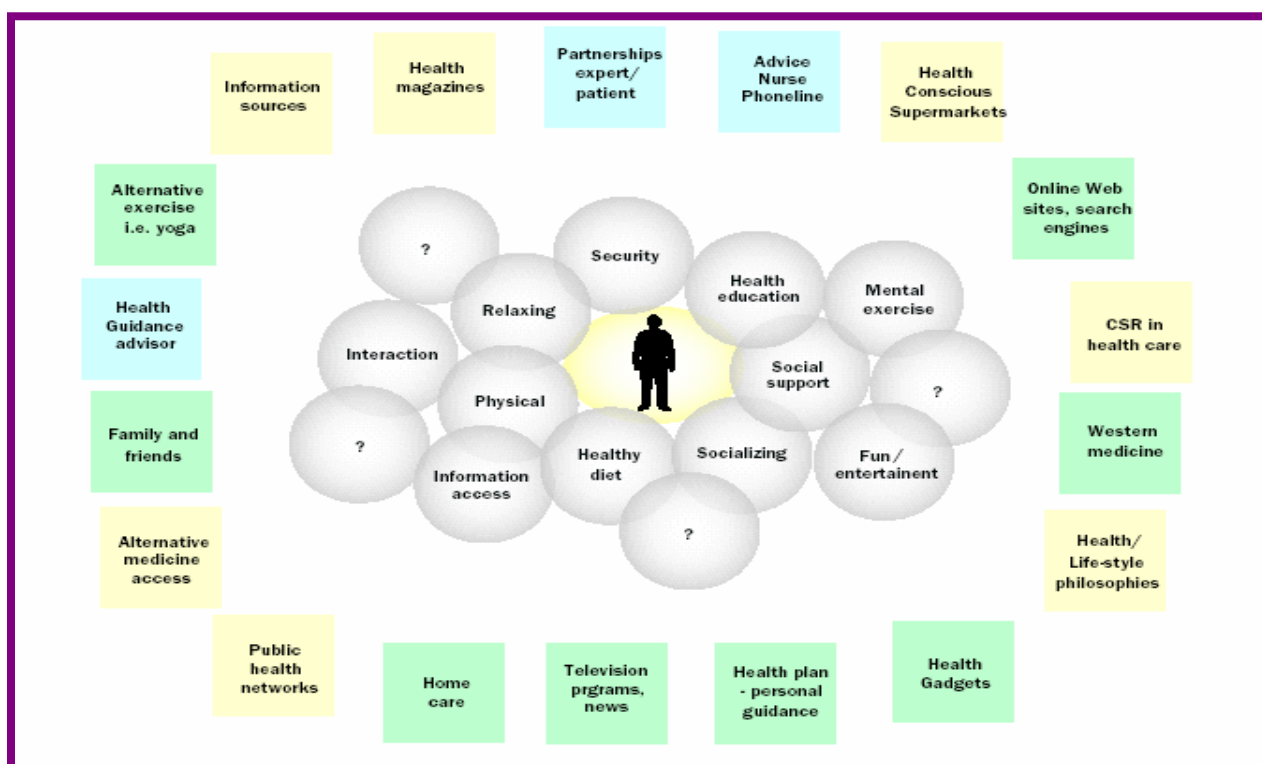
²² Når patienten vågner – et debatoplæg om det 21. århundreses patientkultur. Huset Mandag Morgen, København 1999.

Fra pasient til helsekonsument

En mer sammensatt befolkning både ut fra kultur, sosioøkonomiske forhold og preferanser leder til ulike definisjoner av hva helse er, hvilke helsebehov man har og ulike preferanser for å fremme helsen og å få behandling for sykdom. Utvidet oppfattelse av helse kan bli en drivende faktor mot et fragmentert helsemarked og fragmentert marked av helsekonsumenter. Her vil ikke helsetjenester bare vurderes ut fra pris, funksjonalitet og kvalitet. Mer udefinerte og immaterielle vurderinger vil ligge til grunn for hvilke produkter, tjenester og leverandører konsumentene velger i de situasjoner de er i stand til å velge. På den annen side viser det seg ofte at pasientene er takknemmelige for det man får når man først blir syk og er mer ydmyke ift hvilke krav man stiller. Men det kan også henge sammen med at man har lite annet valg, og man har alt å tjene på å være "grei" og "medgjørelig".

Vi kan se en utvikling mot at hver enkelt person definerer sin egen helsearena der man henter kunnskap, produkter og tjenester fra en rekke ulike steder og der ulike motivasjoner og vurderinger ligger til grunn for den helsearenaen man selv utvikler, se figuren nedenfor.

Figur 10: Eksempel på en helsearena. Kilde: Mandag Morgen og Institute For The Future



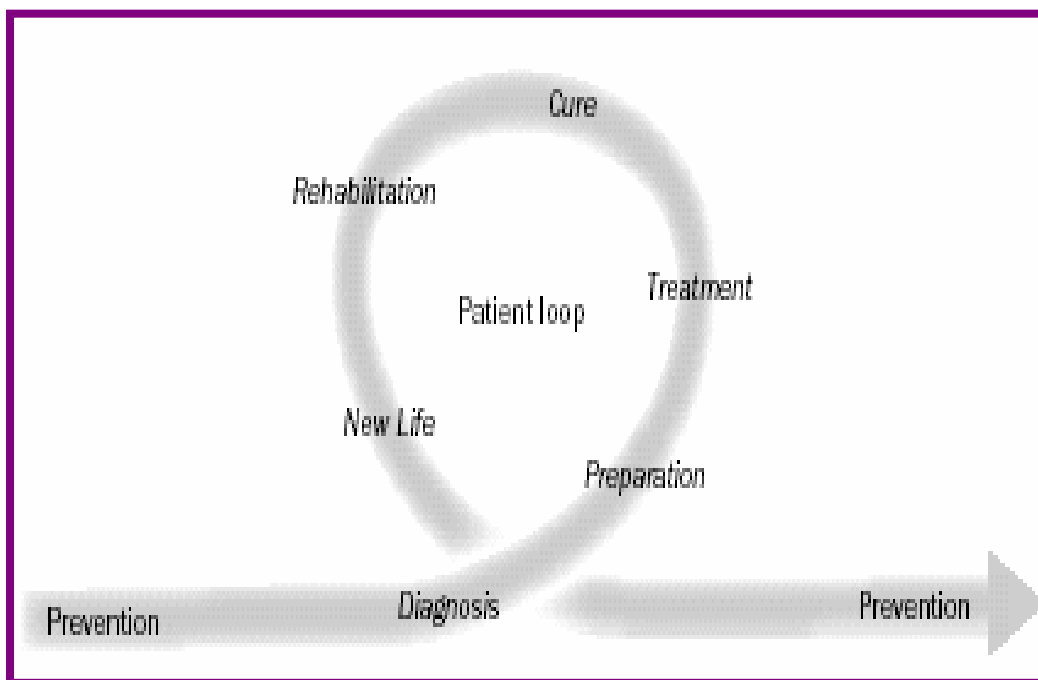
Fra pasientforløp til pasientloop

Med utbredelsen av kroniske sykdommer som følge av vår livsstil og stadig lengre liv, vil vi trolig oppleve å både leve lenger med kronisk sykdom – men også flere ganger i livet oppleve til dels alvorlig sykdom. Dikotomien mellom syk og frisk er diffus. En person er ikke frisk når han er i ferd med å bli syk. Han er heller ikke frisk når han strever etter å komme seg fysisk og mentalt etter en utmattende sykdom. Men når er man syk og når er man pasient? Når man vet at man er disponert for en sykdom eller når sykdommen har brutt ut? Og når er man frisk? Når man er definert som ferdigbehandlet og erklært symptomfri - eller når man både fysisk og mentalt har lagt sykdommen bak seg?

Fra å betrakte pasientforløpet lineært der vi får symptomer på sykdom, blir diagnostisert, behandlet, rehabilitert og så defineres som frisk, kan det ha mer for seg å betrakte et menneskes livsløp som en

rekke "pasientlooper" der individet selv er en medspiller, se figur 11. Og jo bedre vi er i stand til å ivareta egen helse og forebygge sykdom, desto færre og mindre blir "loopene" vi må gjennom. Konsekvensen er også at grensene mellom forebygging, behandling og rehabilitering bygges ned og ses som ulike sider av samme sak – å bidra til best mulig helse for hvert enkelt individ.

Figur 11: Fra pasientforløp til "pasientloop". Kilde: Mandag Morgen²³



En utvidet helsearena

Et endret helselandskap som de fire drivkreftene vi innledet med fører til, kan ha ulike effekter. Det er en trend mot at flere produkter og tjenester utenom skolemedisinen betraktes som terapeutiske eller i hvert fall som alternativer som konsumentene vil ta i betraktning når de vurderer behandling av plagene og sykdommene sine. Behandling av helsen vil i økende grad gå fra en snever medisinsk tilnærming til også å inkludere fysisk, mentalt og åndelig velvære. For helsekonsumentene kan det endrede landskapet føre til utfordringer i form av at de må ta mer ansvar for helsekostnadene dersom ikke alt er offentlig finansiert. De blir utfordret til å ta mer ansvar for seg selv og ta hånd om flere aktiviteter for å redusere kostnadene ved behandlingen, og de må bidra til å få full effekt av behandlingen for å forsvare kostnadene. De må kanskje også i økende grad vurdere kostnader opp mot nytten.

Når det legges økt ansvar på pasientene, fører det til nye måter å fremskaffe informasjon på, grunnlag for risikovurdering og beslutninger. Aktive helsekonsumenter som har en innstilling om at de selv "må ta ansvar", kan ta i bruk ulike tilnæringsmåter for å ivareta ansvaret sitt.²⁴

Tre måter å mestre på

1. **Selvstyring:** Stoler på at en selv er best til å ivareta egne interesser. Søker kunnskap for å redusere risiko for sykdom og for å bli kompetent til å vurdere egen helse/sykdom. Utøver aktiv kontroll i samhandlingen med helsetjenesten og tar ikke et svar for gitt, men utfordrer rådene og beslutningene for å få en skikkelig begrunnelse. Oppsøker aktivt helsetilbydere

²³ Erik Rasmussen and Josefine Volqvartz: Entering the Health Age. A new approach to fighting chronic diseases. The Oxford Health Alliance, Huset Mandag Morgen, København oktober 2005

²⁴ Expanding Meanings of Health, Institute For The Future, January 2004

som er villige til å involvere konsumentene. Bruker selvtester, diagnostiserer seg selv og prøver først ut medikamenter som ikke er reseptbelagt for å kurere seg selv.

2. **Selvutvikler:** Integrerer produkter, tjenester og informasjon fra ulike kilder slik at det best passer ens behov. Har ikke tålmodighet til å vente på at andre tilbyr slike "pakker" og tar saken i egen hånd. Man går f.eks til legen eller spesialist for å få diagnose, og søker deretter behandling fra alternative kilder. Dersom man har kroniske sykdommer bruker man i tillegg til foreskrevet medisin også alternativ behandling/medikamenter fordi man selv synes at det gir best effekt. Er også opptatt av å se helseaspektene ved andre deler av livet, som f.eks et trygt og harmonisk familieliv, en arbeidsplass som ivaretar de ansattes helse, tilpasser bostedet slik at det er mest mulig helsefremmende. Noen lager også sine egne "helseregler" der de f.eks foretrekker naturmedisin og unngår så langt det er mulig å bruke kjemisk baserte medikamenter og/eller foretrekker økologisk mat uten tilsetningsstoffer.
3. **Selvorganiserer:** Tar i bruk eksisterende eller etablerer egne sosiale og kompetansebaserte nettverk for å treffe beslutninger ift helsen. Selvorganiserere oppsøker andre som har vært i samme situasjon som dem selv når de får en sykdom. De foretrekker å høre andres historier og erfaringer fremfor å få informasjonen via vitenskapelige studier eller annen faglig informasjon som kan være vanskelig tilgjengelig. Bruker også sitt sosiale nettverk for å trenge gjennom byråkratiet eller å få råd slik at man sikrer seg riktig og bra behandling. Deltar i pasientforeninger og/eller andre grupper som har felles sykdom, helseinteresse, oppfatning om behandlingsform eller helsemål. Nyere former for aktivitet er å opprette egen blogg der man aktivt formidler sine erfaringer og standpunkter og bygger et fellesskap med likesinnede.

Noen mottrender

Vi ser utviklingstrekk som kan tyde på at den medisinsk-faglige utviklingen, bl.a økende oppmerksomhet på at all behandling skal være kunnskaps- og evidensbasert, vil legge betydelige begrensninger på pasientens mulighet til å påvirke viktige forhold i behandlingen. Dessuten, ved svært alvorlige sykdommer, som f.eks kreft, er en økende del av behandlingen protokollbundet, ofte i form av internasjonale multisenterstudier som binder opp både legen og pasienten i stor grad.

En del drivkrefter peker i retning av en sterkere, mer innflytelsesrik og kompetent gruppe av helsekonsumenter. Men det er også viktige mottrender som peker mot økt marginalisering og dypere kløft mellom de ressurssterke og de mer ressursvake – og som har stor innflytelse på ulike trekk ved pasientene i årene fremover.

Den sosiale arven

Trass en betydelig økende levestandard for hele befolkningen, spiller den sosiale arven fremdeles inn. Den ene mottrenden er kløften som går mellom de som har høyere utdanning, middels eller høyere lønn, som behersker viktige kommunikasjons- og informasjonsverktøy som Internett, de som kan sette seg inn i hva som fremmer god helse og forebygger sykdommer – og bruker kunnskapen aktivt.

På den annen side kan vi se at forhold som lav utdanning, dårlig privatøkonomi, dårligere boligstandard, dårligere kosthold og mindre fysisk aktivitet fremmer dårligere helse, ofte kroniske sykdommer og bringer personer inn i en negativ spiral der de ulike forholdene påvirker og forsterker hverandre. Det er en tendens til at eldre, kronisk syke, innvandrere, personer med lese- og skriveproblemer og personer med atferdsproblemer er svake grupper. De faller lett utenfor dagens kompetanse- og informasjonsbaserte samfunn. Grupper med lav sosioøkonomisk status (målt ut fra utdanning, yrke og inntekt) har fortsatt dårligere helse og høyere dødelighet enn grupper med høyere sosial posisjon. Barn fra familier der foreldrene har lav utdanning og inntekt har ca 1,7 ganger høyere risiko for kroniske sykdommer enn barn i de høyeste sosiale gruppene. Undersøkelser viser at dette henger sammen med både amming, kosthold, fysisk aktivitet og røyking.²⁵

²⁵ Nasjonalt folkehelseinstitutt: Fakta om sosial ulikhet og helse. Oslo, september 2005

Dette er en potensielt stor gruppe i samfunnet, og den forsterkes av marginalisering av blant annet menn som ikke har mestret skolesystemet, har lav utdannelse, sliter med å finne sin plass i yrkeslivet og det sosiale livet, samlivsbrudd og endret familiemønster det den tradisjonelle stor- og kjernefamilien ikke lenger er aktive kontroll- og omsorgsmekanismer.

Tabuene faller i spotlightsamfunnet

Klasse, bosted, yrke og kjønn som tidligere definerte vår rolle, tilhørighet og personlighet, er svekket og gir oss økt frihetsgrad og mulighet til å velge vår individuelle vei. Mens vi før så oppover til autoriteter for å finne svar, må vi nå selv finne ut av tilværelsen uten faste holdepunkter, identitetsmarkører og allmenngyldige svar. For mange er det en enorm lettelse at man er fri til å forme sin personlighet og kan kaste tiltvungne roller over bord. De er også robuste nok og har styrke i seg selv til å mestre dette.

For andre kan manglende faste holdepunkter og felles sosiale symboler føre til så stor usikkerhet og utrygghet at man ikke mestrer hverdagen. Det kan spille seg ut på ulike måter: I form av psykisk sykdom, fysisk sykdom og andre reaksjoner som fører til at man utdefinerer seg eller blir utdefinert fra samfunnet.

Den danske historikeren Henrik Jensen²⁶ skrev for et par år siden boken *Ofrets århundre*. Hen mener at det ikke lenger er et tabu å definere seg som offer og det er heller ikke krenkende å bli fremstilt som offer f.eks i mediene – snarere tvert imot. "Dagens helt" i VG eller Dagbladet kan godt være et "sykehusoffer", "byråkratioffer" eller "legemiddeloffer" i dagens spotlightsamfunn.

Offerrollen – eller offerstrategien som Jensen skriver - kan betraktes som en reaksjon blant mennesker som har problemer med å følge de raske endringene i samfunnet og de store krav som stilles til hver enkelt i jakten på lykke og velstand. I stedet for å henge med og være proaktiv, gir man opp og søker skjul i rollen som offer fordi man da er uangripelig og ikke kan lastes for ikke å ha lyktes.

Pasienten i 2015 – tre fremtidsbilder

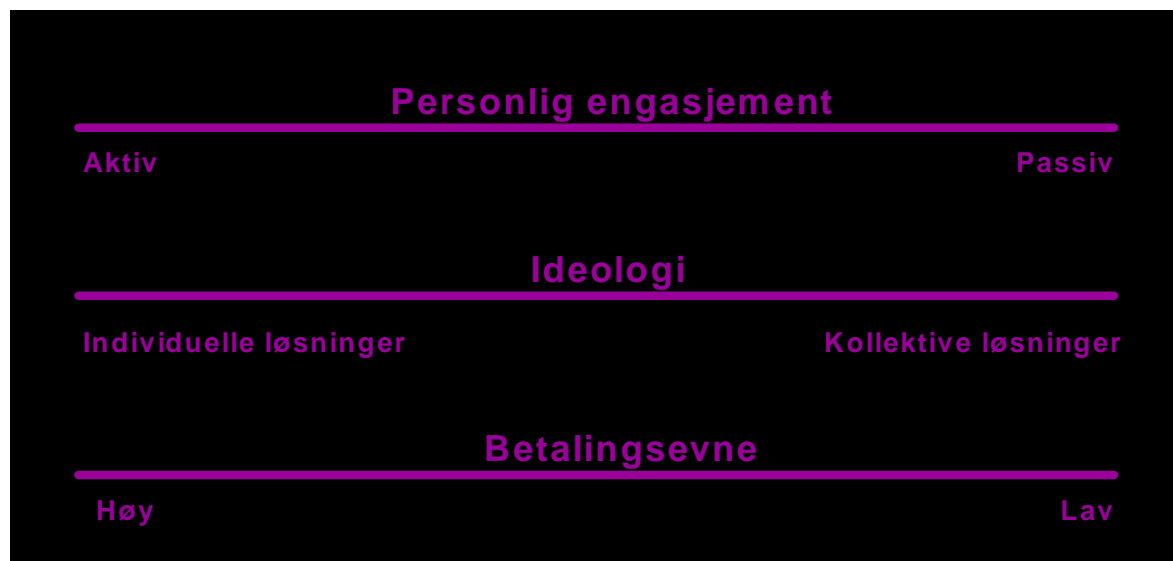
Vi har nå gått flyktig gjennom en del av de drivkreftene som er med på å forme pasientene i årene fremover. Disse utviklingstrekkene vil vi nå forsøke å trekke samme til tre ulike fremtidsbilder²⁷ av pasienten anno 2015. Det er en utfordring fordi det er mange forhold som spiller inn og pasientene opptrer langt fra uavhengig av de strukturelle, samfunnsøkonomiske og politiske rammene. I fremtidsbildene har vi imidlertid lagt til grunn at de tre pasienttypene har like strukturelle, samfunnsøkonomiske og politiske rammer, og at det er individuelle og sosioøkonomiske forhold som skaper forskjeller.

Prosjektgruppen har identifisert en rekke usikkerheter som vi antar er viktige for pasientenes utvikling i årene fremover. Utviklingen i samfunnet, teknologien, en stadig høyere utdannet og kompetent befolkning og en stadig forbedret helsetjeneste skaper store muligheter for pasientene. Men det er fare for at store grupper faller utenfor. Derfor har vi som grunnlag for fremtidsbildene konsentrert oss om følgende tre usikkerheter som vi antar vil prege pasientene i årene fremover:

²⁶ Henrik Jensen: *Ofrets århundre*. Samleren, København 1998

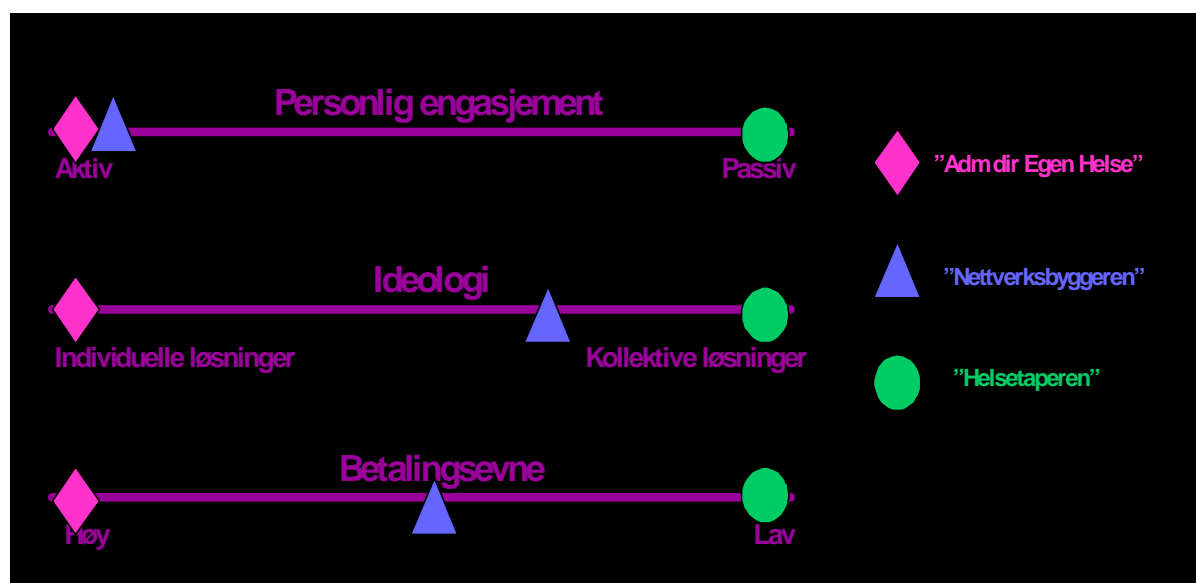
²⁷ Fremtidsbilder er ikke scenarier. Scenarier er en logisk, rasjonell, troverdig og helhetlig fortelling om fremtiden. I fremtidsbilder trekker vi ut den delen av en tenkt fremtid som er relevant i en gitt sammenheng – som i dette tilfellet er pasientene.

Figur 12: Tre usikkerheter som former den nye pasienten. Kilde: Visjon helse 2015



De tre pasienttypene vi vil skissere plasserer seg ulikt på de tre usikkerhetsskalaene:

Figur 13: Tre fremtidsbilder av den nye pasienten. Kilde: Visjon helse 2015



Det må nevnes at de tre "pasientprofilene" som skisseres nedenfor ikke i så stor grad omfatter pasienter som rammes av akutte sykdommer og sykehusinnleggelse. De omfatter heller ikke svært alvorlige sykdommer som er underlagt en kunnskapsbasert tilnærming som ofte er protokollert i forskningslignende internasjonalt samarbeid. Derimot er de forsøk på å tegne tre ulike bilder av tilnærming, mestring, prioriteringer, holdninger, verdier og atferd ift helse i befolkningen.

Fremtidsbilde 1: "Adm dir Egen Helse"

Demografisk profil:

- ❖ Kvinner fra 30-årene og oppover
- ❖ Menn fra 40-årene og oppover
- ❖ Høyt utdannet
- ❖ Yrkesaktiv
- ❖ Middels/høy inntekt
- ❖ Bor i sentrale strøk av landet

"Adm dir Egen Helse" er svært engasjert i sin egen helse. Han/hun legger vekt på å leve sunt ift kosthold, trening og livsstil forøvrig for å fremme en god helse. De er ikke asketer, men liker snarere å nyte det gode livet gjennom rene matvarer, vin, reiser, selvutvikling osv – fordi de mener det er helsefremmende både fysisk og mentalt. De mener at de er selv best i stand til å ivareta helsen sin og vurdere hva de evt trenger av helsetjenester og behandlinger. Når de har behov for helsetjenester, krever de både medbestemmelse og behandling som skreddersys til dem.

I utgangspunktet mener de at behandlinger skal være godt vitenskapelig dokumentert og at kostnader skal stå i forhold til nytten, men det siste gjør de unntak for når det gjelder dem selv. Da er det den beste og nyeste behandling og medisin som gjelder. De tegner gjerne ulike former for private helseforsikringer: En type helseforsikring for å sikre seg tilgang til "state of art" behandling enten det er i Norge eller utlandet og en annen som premierer dem for å ta vare på egen helse ved å forebygge sykdom ved at de får lavere forsikringspremie eller lavere priser på helseprodukter og medlemskap i helseklubber.²⁸

De stoler ikke på at de får den beste behandlingen i Norge eller at de får det på den måten de ønsker ift standard på helseinstitusjonene som f.eks enerom, eget kosthold, tilgang til psykolog eller personlig coach når man føler for det, samt kiropraktor, aromaterapeut eller akupunktør når det er ønskelig. De har en internasjonal helsearena, landegrenser eksisterer ikke når de skal skaffe seg informasjon eller behandling.

De er sanne helsekonsumenter i den forstand at de kjøper seg råd og tjenester for seg selv og sine pårørende. De er svært motiverte til å ta i bruk nye teknologi, og vil gjerne flytte behandlingen hjem til seg for å få det mer behagelig og ha bedre kontroll over behandlingen. Denne gruppen er motor i kommersielle virksomheters produkt- og tjenesteutvikling.

Fremtidsbilde 2: "Nettverksbyggeren"

Demografisk profil:

- ❖ Hovedvekt av kvinner, men også menn (primært de som har hatt alvorlig sykdom eller har kronisk sykdom)
- ❖ Aldersmessig hovedsakelig 40+
- ❖ Middels til høy utdanning
- ❖ Middels inntekt
- ❖ Finnes både i utkantstrøk og sentrale områder

"Nettverksbyggeren" er også svært engasjert i egen helse og legger vekt på å leve sunt og forebygge helseproblemer. De har en vid definisjon av helse og setter gjerne sammen sine egne "pakker" der de kombinerer skolemedisin med alternativ behandling, og er opptatt av hvilken rolle kostholdet spiller for helsen. De foretrekker økologisk og mat og mat som på andre måter er sunnhetensmerket. De er opptatt av mental og fysisk balanse i livet.

"Nettverksbyggeren" er ressurssterk på mange måter, men økonomisk har man middels ressurser. I tillegg er man i utgangspunktet opptatt av å fremme kollektive løsninger og genuint opptatt av å dele

²⁸ Som for eksempel Virgin Life Care: <http://www.virginlifecare.com/>

kunnskap og erfaringer, selv om de ikke har motforestillinger mot å bruke private tjenester selv når de først har behov for helsetjenester.

De er mindre opptatt av vitenskapelig dokumentasjon, men stoler desto mer på hva andre i samme situasjon sier. De er aktive og kritiske i møtet med helsetjenesten, de ønsker å spille en aktiv rolle og forstå hva som blir gjort og hvorfor. Og de søker hele tiden råd og å bli tatt på alvor som forvalter av egen helse. Hvis de ikke finner informasjonen og erfaringsgrupper de ønsker gjennom Internett, pasientforeninger eller annet, så skaper de det selv – gjennom fysiske og virtuelle nettverk. De har en grunnleggende filosofi om "open source" i nært sagt alle sammenhenger, og ønsket om gratis tilgjengelig informasjon driver dem. Det samme gjør ønsket om at helsetjenester i hovedsak er kollektive goder slik at noen av nettverkene de etablerer er spesielt rettet mot å påvirke politiske beslutningstakere slik at de er pådrivere for å bevare et godt offentlig helsevesen. Samtidig ser de at det kan være behov for private tilleggstjenester. Da vil de heller ha kollektive helseforsikringer på arbeidsplassen som omfatter alle fremfor private forsikringsordninger, og de ønsker at det offentlige gjennom reguleringer øker arbeidslivets og bedriftenes rolle i å fremme de ansattes helse.

De har et vesentlig helsekonsum og bekymrer seg en del for helsen sin siden de gjerne bruker selvtestere for å finne ut om de kanskje kan komme til å få noen sykdommer. Deretter oppsøker de så helsetjenesten for å bekrefte/avkrefte resultatene av selvtestene eller få råd om hvordan de kan forebygge evt sykdommer eller få behandling. De stiller seg selektive til ny teknologi innen helse og ikt, og mener at dette ofte blir en for kjapp og overflattisk måte å behandle helseproblemer på. Det beste er å forebygge og å ha en holistisk tilnærming til helse der man ser kropp og sjel i sammenheng for å fremme god helse, mener de.

"Nettverksbyggeren" har en internasjonal helsearena i den forstand at de søker informasjon og nettverk over landegrensene, men foretrekker behandling i Norge.

Fremtidsbilde 3: "Helsetaperen"

Demografisk profil:

- ❖ Finnes blant begge kjønn
- ❖ Finnes i alle aldre
- ❖ Lav utdanning
- ❖ Lav inntekt
- ❖ Finnes både i utkantstrøk og sentrale områder

"Helsetaperen" er avhengig av utstrakt hjelp og veiledning fra helsetjenesten og fastlegen dersom man blir syk. Denne gruppen oppsøker ikke helsetjenesten av fri vilje og i utide, men venter heller for lenge slik at sykdommen/plagen har nådd et stadium der den blir mer krevende og langvarig å behandle. I en del sammenhenger må de også "spores" opp av helsetjenesten, som også må ha tett oppfølging både når det gjelder forebygging, behandling og rehabilitering da "helsetaperen" selv kan være både passiv og følger lite opp ut fra eget initiativ.

Det kan være ulike årsaker til at man blir en "helsetaper". Fellesnevneren er at de gjør lite for å forebygge dårlig helse og at de ender ofte opp med dårlig helse – enten fysisk eller psykisk. Som regel handler det om mangel på ressurser.

Noen kommer i denne situasjonen fordi de er likegyldige til hvordan de lever i forhold til kosthold, røyking, alkohol, mosjon osv. Andre har et uheldig utgangspunkt i livet gjennom den sosiale arven slik at de er mer utsatt for kroniske sykdommer enn andre. De har kanskje også begrensede ferdigheter til å tilegne seg nødvendig kunnskap og å bruke den. Andre igjen er kanskje allerede rammet av kroniske helseproblemer som begrenser dem og de utvikler dermed flere sykdommer.

Dersom de har dårlig helse er de storforbrukere av offentlige helsetjenester. Det lokale, offentlige helsetilbudet er deres helsearena. De søker lite informasjon selv og er passive mottakere av råd/instruksjoner fra behandlere, de er lite opptatt av hvordan kosthold, trening og annen livsstil påvirker

helsen. "Helsetaperen" blir dermed en gruppe som er overrepresentert ved kroniske sykdommer, de er tunge å behandle i den forstand at de yter liten egeninnsats. Siden de har et dårlig utgangspunkt og er i dårlig fysisk og/eller psykisk form, bruker de også lengre tid på rehabilitering.

Til diskusjon i tankesmien

På temamøtet tar vi utgangspunkt i dette notatet og legger opp til diskusjon om:

- ❖ Kommentarer til notatet og fremtidsbildene – er fremtidsbildene aktuelle og relevante?
- ❖ Hvilke tanker har tankesmiens medlemmer om den nye pasienten frem mot 2015?
- ❖ Hva er de største utfordringene vi står overfor?
- ❖ Hvilke utviklingstrekk og drivkrefter undervurderer vi?
- ❖ Hva er de viktigste veivalgene og strategiene for helsetjenesten og ulike helsetjenesteleverandører, gitt drivkreftene vi har skissert?
- ❖ Hvordan kan helsetjenesten og aktørene forberede seg på å møte den nye pasienten?

Kildeliste

Dag Bratlid: "Pasientbehandling og pasienttilgang ved et regionsykehus". Tidsskrift for den norske lægeforening 122:186-91, 2002.

Dag Bratlid: "Ventelistesituasjonen ved et regionsykehus". Tidsskrift for den norske lægeforening 123:3241-4, 2003.

Erik Rasmussen and Josefine Volqvartz: "Entering the Health Age. A new approach to fighting chronic diseases". The Oxford Health Alliance, Huset Mandag Morgen, København oktober 2005, foreløpig ikke offentlig tilgjengelig.

Henrik Jensen: "Ofrets århundre". Samleren, København 1998.

Huset Mandag Morgen: "Når patienten vågner – et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur". København 1999.

Håkon Rød: "Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i husholdningene". SSB 2005. Basert på datainnsamling 2. kvartal 2004.

Institute For The Future: "Health & Health Care 2010. The Forecast. The Challenge". January 2003.

Institute For The Future: "Expanding Meanings of Health". January 2004.

Jørgen Svalund: "Kvinner lever lenger – med flere sykdommer". SSB 2005.

Mandag Morgen: "Norges nye befolkning. Aldring, innvandring og det flerkulturelle samfunn". Oslo, sep 2004.

Mandag Morgen: "Sykehuset flytter hjem til pasienten". Nr 41-42, Oslo, 20 desember 2004.
 Temanummer om "Den høyteknologiske pasienten".

Mandag Morgen og Vesta Forsikring: "Trygghetsrapport 2005 – en analyse av nordmenns trygghet og utrygghet". Oslo, juni 2005.

Mandag Morgen: "Bloggere tvinger virksomheter til radikal omlegging av kommunikasjon". Nr 32, 17. oktober 2005.

Nasjonalt folkehelseinstitutt: "Fakta om sosial ulikhet og helse". Oslo, september 2005.

Stein Østerlund Petersen: "Post-war baby boom becomes elderly boom – some consequences for the hospital sector in Norway". SINTEF Health Research, Trondheim oktober 2005.

WHO: "The Burden of Health". 2002.

Vedlegg: Utvikling i sykehusopphold for ulike pasientgrupper 1995-2004

Utviklingen i sykehusopphold og dødsfall

Tankesmien har innhentet oversikt over aktiviteter ved sykehusene (innleggelser til heldøgns opphold) i de forskjellige helseregionene de siste ni år. Det har vært en formidabel økning i antall sykehusopphold i denne ti-års perioden, på landsbasis henimot 70 prosent. Siden det er liten grunn til å tro at befolkningen har blitt så mye sykere må denne utviklingen bety at terskelen for å legge pasientene inn i sykehus har blitt lavere. Det er stadig færre pasienter som dør i sykehus, både absolutt og i forhold til antall innleggelser, noe som også tyder på at økningen i antall innleggelser skyldes at mindre syke mennesker legges inn enn før. Dette kan imidlertid også skyldes at sykehusene i større grad skriver syke (terminale) pasienter ut til andre steder eller institusjoner slik at de kan dø der, for eksempel til sykehjem og liknende.

		1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	Innleggelser	187 929	306 340	+ 63,0%
	Dødsfall	6 705	5 945	- 11,4%
Helse Sør RHF	Innleggelser	115 700	276 568	+ 139,0%
	Dødsfall	3 824	3 637	- 4,9%
Helse Vest RHF	Innleggelser	127 837	199 243	+ 55,9%
	Dødsfall	3 354	3 131	- 6,6%
Helse M-Norge	Innleggelser	90 404	138 569	+ 53,3%
	Dødsfall	2 427	2 334	- 3,9%
Helse Nord RHF	Innleggelser	73 787	112 237	+ 52,1%
	Dødsfall	1 882	1 685	- 10,5%
Hele landet	Innleggelser	641 157	1 070 581	+ 70,0%
	Dødsfall	18 478	16 748	- 9,4%

Utviklingen i sykehusopphold for ulike pasientgrupper

Tankesmien har også sett nærmere på utviklingen for forskjellige pasientgrupper, diagnoser og prosedyrer/operasjoner. Tabellen nedenfor viser antall innleggelser for pasienter med diagnoser som brystkreft, kreft i tarmsystemet og kreft i nyre- og urinveier.

Helseregion	1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	3 607	3 509	- 2,8%
Helse Sør RHF	4 258	4 205	- 1,2%
Helse Vest RHF	3 051	3 028	- 0,8%
Helse Midt-Norge	2 114	1 956	- 7,5%
Helse Nord	1 504	1 517	+ 0,9%
Hele landet	14 537	14 215	- 2,2%
67 – 79 år	6 606	4 677	- 29,2%
> 80 år	1 278	2 886	+ 125,8%

Som tabellen viser har det ikke vært noen økning av innleggelser av pasienter med slike kreftdiagnoser totalt sett. Det er imidlertid et slående trekk at yngre eldre utgjør en stadig absolutt og relativ del av disse innleggelsene, mens pasienter > 80 år utgjør en stadig større gruppe. Som tabellen under viser har imidlertid antallet operasjoner for brystkreft og større operasjoner i tarmsystemet (inkluderer også andre sykdommer enn kreft) samt fjernelse av prostata vist en økning på landsbasis på 17,2 prosent i den samme perioden, passende med at data fra Kreftregisteret tyder på en økning i slike krefttilfeller. Tabellen viser også at innleggelser av yngre eldre synes å avta, mens pasienter > 80 år øker.

Antall operasjoner for brystkreft og større operasjoner i tarmsystemet (inkluderer også andre sykdommer enn kreft) samt fjernelse av prostata i perioden 1995-2004

Helseregion	1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	2 171	2 545	+ 17,2%
Helse Sør RHF	1 856	2 134	+ 15,0%
Helse Vest RHF	1 303	1 578	+ 21,1%
Helse Midt-Norge	1 092	1 289	+ 18,0%
Helse Nord	780	888	+ 13,8%
Hele landet	7 202	8 442	+ 17,2%
67 - 79 år	2 463 (34,1%)	2 378 (28,2%)	- 3,5%
> 80 år	1 190 (16,5%)	1 634 (19,4%)	+ 37,3%

Dette tyder på at moderne behandlingsprinsipper medfører at behandlingen ikke krever innleggelse i samme grad som tidligere, men behandlingen kan foregå poliklinisk i mange tilfeller. Dette gjenspeiles i at også antallet registrerte cytostatikakurer (kjemoterapi) og strålebehandlinger som oftest er dagbehandling og/eller poliklinisk behandling, viser en økning i den samme tidsperioden. Heller ikke for denne type behandling er det noen økning i antallet pasienter > 67 år.

En stor sykdomsgruppe er også hjertekarsykdommer. Tankesmien har derfor sett på antall innleggelser for hjerteinfarkt. Denne har vært relativt uendret de siste ti årene til tross for befolkningsveksten. Tallene gjør et tilsynelatende hopp i år 2001 noe som skyldes nye diagnostiske kriterier som førte til at flere hjertetilfeller ble klassifisert som infarkter. Vi ser likeledes at de aller fleste innleggelser for hjerteinfarkt sees hos eldre mennesker, noe som særlig skyldes en høy og økende insidens hos pasienter > 80 år, mens infarkt derimot synes å avta sterkt hos yngre eldre.

Registrerte opphold med diagnose hjerteinfarkt.

Helseregion	1995	2000	2001	2004
Helse Øst RHF	3 710	3 595	4 679	5 458
Helse Sør RHF	2 181	2 332	2 760	3 030
Helse Vest RHF	2 177	1 978	2 118	2 313
Helse Midt-Norge	1 689	1 699	2 191	1 764
Helse Nord	1 354	1 157	1 288	1 281
Hele landet	11 127	10 768	13 086	13 898
67 – 79 år	4 789 (43,0%)			4 143 (29,8%)
> 80 år	2 212 (19,9%)			5 134 (36,9%)

Forbruk av helsetjenester hos eldre

Som tabellene over har vist er det en relativt uendret andel av eldre pasienter innen relativt store diagnose- og behandlingsgrupper. Likevel er det grunn til å tro at det faktisk at antallet eldre mennesker relativt sett har økt de siste årene og forventes å øke både relativt og absolutt i fremtiden vil antallet innleggelser av eldre også øke i årene som kommer. Tankesmien har derfor sett spesielt også på sykdommer som særlig sees hos eldre mennesker som hjertesvikt, lungebetennelse, hjerneslag og lårhalsbrudd

Innleggelser for hjertesvikt

Helseregion	1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	2 244	3 199	+ 42,5%
Helse Sør RHF	1 534	2 560	+ 66,9%
Helse Vest RHF	1 400	1 552	+ 10,9%
Helse Midt-Norge	1 040	1 096	+ 5,3%
Helse Nord	782	910	+ 16,4%
Hele landet	7 001	9 321	+ 33,1%
67 – 79 år	3 152	2 874	- 8,8%
> 80 år	2 974 (42,5%)	4 947 (53,1%)	+ 66,3%

Som tallene viser har det vært en tydelig økning av slike innleggelser i perioden, særlig på grunn av økning i helseregion Øst og Sør. Samtidig ser vi at mens det har vært en nedgang av innleggelser av "unge" eldre, har det vært en betydelig økning av pasienter > 80 år, som nå utgjør over halvparten av denne pasientgruppen. Antagelig kan derfor dette også forklare den betydelige økningen i helseregionene Øst og Sør.

Innleggelser for hjerneslag

Helseregion	1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	4 361	4 548	+ 4,2%
Helse Sør RHF	2 688	2 988	+ 11,2%
Helse Vest RHF	2 142	1 955	- 8,7%
Helse Midt-Norge	1 988	1 981	- 0,4%
Helse Nord	1 362	1 348	- 1,0%
Hele landet	12 542	12 822	+ 2,2%
67 – 79 år	5 254 (41,9%)	3 981 (31,0%)	- 24,2%
> 80 år	3 981 (31,8%)	5 111 (39,9%)	+ 28,4%

Innleggelser for hjerneslag har altså vært ganske stabile gjennom perioden. Det har likevel skjedd dramatiske endringer i pasientgruppens sammensetning. Som tallene viser har det på samme måte som for hjerteinfarkt vært en nedgang i innleggelser for unge eldre, men en betydelig økning av pasienter > 80 år. Hva dette vil bety i fremtiden dersom denne utviklingen fortsetter er vanskelig å si. Rent ressursmessig vil dette også være avhengig av hvilket rehabiliteringsmål man skal legge seg på for de eldste pasientene.

Lungebetennelse

Helseregion	1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	3 411	5 892	+ 72,7%
Helse Sør RHF	1 913	2 873	+ 50,2%
Helse Vest RHF	2 100	3 918	+ 86,6%
Helse Midt-Norge	1 338	2 420	+ 80,9%
Helse Nord	1 019	1 572	+ 54,3%
Hele landet	9 781	16 675	+ 70,5%
67 – 79 år	3 515 (35,9%)	4 967 (29,8%)	+ 41,3%
> 80 år	3 144 (32,1%)	7 026 (42,1%)	+ 123,5%

Innleggelser for lungebetennelse er den pasientgruppen som synes å ha økt mest, og dette kan sammen med hjertesviktpasientene forklare det presset som særlig de medisinske avdelingene har hatt de siste årene. Igjen er det de > 80 år som representerer den største økningen, og i motsetning til innleggelser for hjertesvikt synes utviklingen å være den samme i alle helseregionene.

Operasjoner for lår-, hofte- og bekkenbrudd

Helseregion	1995	2004	Endring
Helse Øst RHF	4 075	4 517	+ 10,8%
Helse Sør RHF	2 317	2 676	+ 15,5%
Helse Vest RHF	1 929	2 327	+ 20,6%
Helse Midt-Norge	1 472	1 675	+ 13,8%
Helse Nord	926	1 158	+ 25%
Hele landet	10 719	12 361	+ 15,3%
67 – 79 år	3 591 (33,5%)	3 125 (25,3%)	- 13,0%
> 80 år	5 565 (51,9%)	6 264 (50,7%)	+ 12,6%

Hyppigheten av disse operasjonene har økt mer enn folketallet. Også her er det en stor overvekt av de aller eldste pasientene som gies behandling, samtidig som inngrepet gjøres stadig sjeldnere på yngre eldre.

Kroniske sykdommer

Det forventes at også pasienter med kroniske sykdommer vil øke i årene som kommer. Tankesmien har derfor også innhentet opplysninger om sykehusopphold for pasienter som får dialyse på grunn av kronisk nyresvikt (1998-2004), samt for pasienter med sukkersyke, både hos unge og gamle. Det er også hentet inn tall for psykiske lidelser.

Antall dialysebehandlinger

Alder	1998	2004	Endring
0 – 15 år	119	367	+ 208,4%
16 – 49 år	10 928	19 631	+ 79,6%
50 – 66 år	16 227	26 798	+ 65,1%
67 – 79 år	20 131	29 811	+ 48,1%
> 80 år	4 568	16 676	+ 265,1%
Totalt	51 991	93 283	+ 79,4%

Som det fremgår har det vært en betydelig økning av dialysebehandling i alle aldersklasser, men prosentvis er det også her de riktig gamle som står for den største prosentvise økningen. Siden tallene også omfatter dialyse ved akutt nyresvikt er det mulig at økningen i kronisk dialyse er noe mindre.

Diabetes (sukkersyke)

Fra de fleste land, også Norge rapporteres det om en økning av pasienter med sukkersyke. Denne økningen gjenfinnes også i innleggelsesstatistikken ved norske sykehus når det gjelder pasienter i alderen 0 – 35 år. Når det gjelder pasienter > 35 år er det imidlertid en nedgang i det totale antall innleggelser og særlig innleggelser av pasienter > 67 års alder. Dette illustrerer sannsynligvis at behandlingen av disse pasientene nå stort sett foregår poliklinisk og i primærhelsetjenesten. Dessuten vil sannsynligvis den økte sykkeligheten i denne gruppen gi seg utslag i innleggelser for

lungebetennelse, hjerteinfarkt og hjertesvikt, der sukkersyken ikke er det primære problemet. Det er likevel en økning av pasienter med alder 16- 66 år, som uttrykk for den økte insidensen av diabetes hos yngre mennesker. .

Diabetes > 35 år

Helseregion	1995	2005	Endring
Helse Øst RHF	1 019	716	- 29,7%
Helse Sør RHF	677	692	+ 2,2%
Helse Vest RHF	788	706	- 10,4%
Helse Midt-Norge	366	445	+ 21,6%
Helse Nord	399	436	+ 9,2%
Hele landet	3 249	2999	- 7,7%
67 – 79 år	1 173	778	- 33,7%
> 80 år	661	581	- 12,1%

Diabetes 0 – 35 år

Helseregion	1995	2005	Endring
Helse Øst RHF	400	450	+ 12,5%
Helse Sør RHF	296	437	+ 47,6%
Helse Vest RHF	364	425	+ 16,8%
Helse Midt-Norge	166	240	+ 44,6%
Helse Nord	212	219	+ 3,3%
Hele landet	1438	1 771	+ 23,2%

For innleggelser i aldersgruppen 0 – 35 år er det på landsbasis en økning på 23,2% i denne 10-års perioden. Antallet innleggelser totalt sett er likevel svært lavt.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er antagelig en av de største utfordringer som helsevesenet vil stå overfor de nærmeste årene. Som tallene prosjektgruppen har innhentet beslaglegger likevel disse sykdommene en liten del av sykehusressursene, fordi behandlingen av psykiske plager i spesialisthelsetjenesten i stor grad er poliklinisk. Dessuten blir antagelig de aller fleste av disse pasientene tatt hånd om i primærhelsetjenesten. Antall sengeplasser i psykiatrien er også redusert kraftig de siste årene.

Det har i de siste årene vært et betydelig fokusering på psykiske lidelser hos barn. På den bakgrunn er det bemerkelsesverdig at det i løpet av ti-års perioden ikke har vært noen endring i antallet innleggelser av barn med psykiske plager. Dette kan enten bety at terskelen for innleggelse stadig har blitt høyere, men også at det særlig er de mindre alvorlige problemene som eventuelt har økt.

Innleggelser i sykehus av barn med psykiske plager

1995	2004	Endring
379	360	- 5,0%

For voksne er det registrert en økning, men også her er volumet lite.

Psykiske plager hos voksne

Diagnose	1995	2004	Endring
Psykoser	366	465	+ 27,0%
Personlighetsforstyrrelser	193	497	+ 157,5%
Depressive nevroser	637	1163	+ 82,6%

Konklusjon

Innleggelses- og aktivitetsstatistikk fra norske sykehus viser en betydelig økning som ikke synes å stå i forhold til sykkeligheten i befolkningen. Antagelig er mange av innleggelsene kontrollinnleggelser eller reinnleggelser fordi det første oppholdet ble for kort. Dette viser seg også ved at det stadig er færre som dør i sykehus. Samtidig viser alderssammensetningen at de eldre i økende grad dominerer innleggelsene. Likevel synes unge eldre, aldersgruppen 67- 79 år til dels å bruke mindre sykehusressurser enn tidligere. Dette er helt i tråd med det inntrykket man stort sett har av at dette ofte er friske, aktive og ressurssterke mennesker. Samtidig synes de som er > 80 år å bruke stadig langt mer av helsetjenestene. Likevel synes det totale pasientantallet innen viktige grupper som hjerneslag og hjerteinfarkt å endre seg lite.

Utviklingen frem til 2015 vil derfor i stor grad være avhengig av hvor stor andel av befolkningen som vil være > 80 år, og ikke minst hvilket behandlingsnivå man vil legge seg på for denne gruppen.

Det er også bemerkelsesverdig at pasienter med psykiske lidelser utgjør en så liten del av innleggelsene i sykehus. Dette kan tyde på at det fremtidige behandlingstilbudet til disse pasientene først og fremst må bygges opp utenfor sykehus.