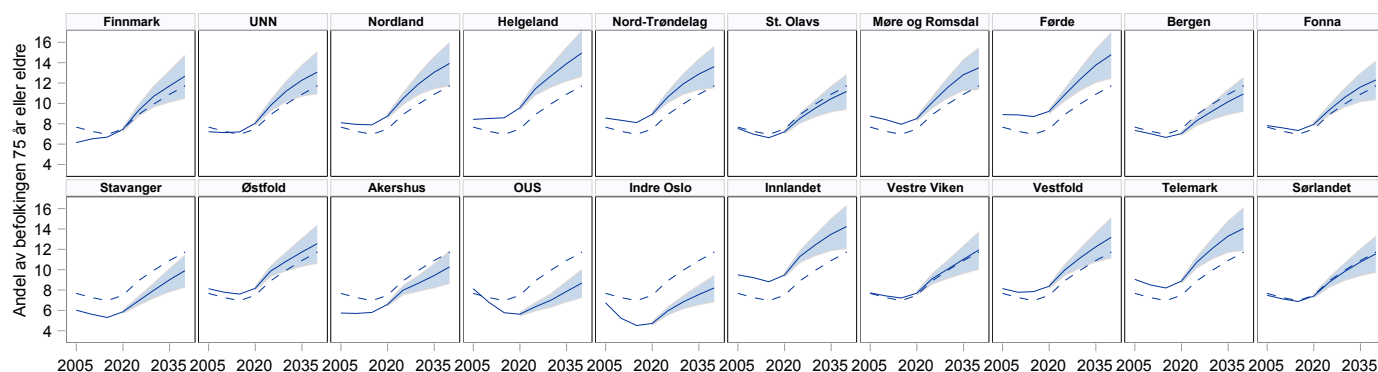


Det er omtrent 370 000 eldre i Norge i 2017, og de utgjør 7 % av Norges totale befolkning. Det er store forskjeller både i antall og andel eldre mellom opptaksområdene til helseforetakene. Fram til 2040 forventes det at antall eldre vil fordobles og at de eldre vil utgjøre 12 % av Norges befolkning. Denne endringen i befolkningsstrukturen vil utfordre helsetjenesten, og opptaksområdene vil utfordres ulikt.

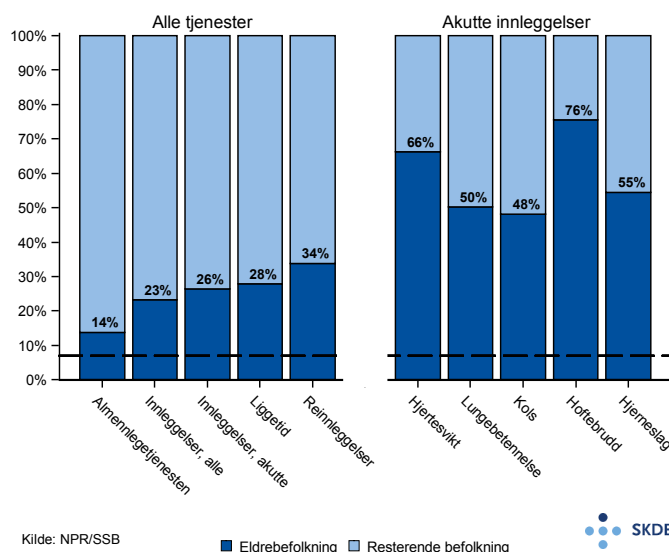


Andel av befolkningen som er 75 år eller eldre, 2013–2017 og framskrevet for 2017–2040 (SSB's mellomalternativ og alternativ for sterk og svak aldring), fordelt på helseforetakenes opptaksområde. Stiplet linje er mellomalternativet for landet samlet. Kilde: SSB.

Utviklingen fram mot 2040

Det er store regionale forskjeller i andelen av befolkningen som er eldre. De eldre utgjør en dobbelt så stor andel av totalbefolkningen for opptaksområdet Innlandet (9 %) sammenliknet med opptaksområdet for Indre Oslo (4,5 %).

Det er store geografiske forskjeller i aldersstrukturen. Noen opptaksområder har i dag en betydelig høyere andel eldre enn landsgjennomsnittet og forventes også å ha det i 2040 (Nordland, Helgeland, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal, Førde, Innlandet og Telemark). Mens andre opptaksområder har i dag en betydelig lavere andel eldre og forventes også å ha det i 2040 (Stavanger, Akershus, OUS og Indre Oslo).



Kilde: NPR/SSB

■ Eldrebefolkning ■ Resterende befolkning



Eldres bruk av allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste som andel av hele befolkningens bruk, gj.snitt for årene 2013–2015. Stiplet linje angir eldre som andel av befolkningen (7 %).

Konsekvenser

Hvilke konsekvenser slike endringer i befolkningsstruktur vil ha for helsevesenet, er vanskelig å forutsi. Det antas at utfordringene blir særlig store på tjenestoområder der de eldre i dag bruker en stor andel av det totale tilbudet.

Andelen eldre av alle som er i kontakt med allmennlegetjenesten er ikke veldig høy, og andelen blir mindre med økende alder. Allmennlegetjenesten vil derfor antagelig ikke påvirkes i like stor grad som den kommunale omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ulike deler av spesialisthelsetjenesten vil påvirkes forskjellig.

Den ventede økningen i antall eldre vil bli en særlig utfordring for akutte indremedisinske tilstander der det er behov for sykehusseng. Ved innleggelser for hjertesykdommer, lungesykdommer, hoftebrudd og hjerneslag utgjør de eldre rundt 50 % eller mer av totalbefolkningens innleggelser.

Det er særlig for innleggelser i sykehus at eldre utgjør en andelsmessig stor gruppe. Den generelle omleggingen fra innleggelser til dagbehandling vil trolig fortsette, men fordi innlagte eldre ofte er krevende pasienter, vil dette i mindre grad være aktuelt for denne aldersgruppen. Det er grunn til å regne med at antall indremedisinske senger som skal betjene det økende antall akutt syke eldre, må økes fremover for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud.

Kommunale akutsenger, KAD, var planlagt med tanke på pasienter med akutt forverring av allerede erkjent tilstand som f.eks. kols og hjertesvikt. Eldre akuttinnlagte kolspasienter har en gjennomsnittlig liggetid på 6,1 dager, 29 % av pasientene reinnlegges og 21 % dør innen 30 dager etter siste innleggelse. Eldre innlagte hjertesviktspasienter ligger gjennomsnittlig 6,3 dager i sykehus, 26 % av pasientene reinnlegges og 15 % er døde innen 30 dager etter siste innleggelse.

Når vi ser den lange liggetiden og den høye andelen pasienter som reinnlegges og dør i løpet av kort tid etter innleggelse for disse tilstandene, er det grunn til å stille spørsmål ved om KAD-sengene kan brukes til disse pasientene.