

VGR Analys 2020:46  
Koncernkontoret  
2020-10-08  
HS 2018-00787

# Äldres hälsa och vård i Västra Götaland

Fördjupningsrapport inom uppdraget *Säker  
tillgång till geriatrisk kompetens i hela Västra  
Götalandsregionen* (HS 2018–00787)

# Innehåll

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Sammanfattning .....                                               | 3  |
| Inledning .....                                                    | 4  |
| Bakgrund .....                                                     | 5  |
| Äldres hälsa och vård i Sverige .....                              | 6  |
| Äldres hälsa och vård i Västra Götaland .....                      | 8  |
| Kartläggning av vård och hälsa på kommunnivå Västra Götaland ..... | 16 |
| Slutsatser och förslag till åtgärder .....                         | 39 |

# Sammanfattning

Fördjupningsrapporten Äldres hälsa och vård i Västra Götaland har som syfte att vara ett underlag, i form av en nulägesbeskrivning, för uppdraget *Säker tillgång till geriatrisk kompetens i hela Västra Götalandsregionen* (HS 2018–00787). Koncernavdelning data och analys har fått i uppdrag att ta fram rapporten. I fördjupningsrapporten redovisas data för äldre vanligtvis uppdelat på 65–79 år och 80 år och äldre. Rapporten omfattar demografi, socioekonomi, äldres uppfattning om hälsa och om vård, sjuklighet, vårdkonsumtion inklusive tandvård, läkemedelsbehandling och kommunal hälso- och sjukvård. Jämförelser görs mellan äldre i Västra Götaland och med riket, mellan yngre och äldre i Västra Götaland, men tyngdpunkten i rapporten är jämförelser mellan kommuner i Västra Götaland.

Kartläggningen har identifierat ett antal områden som visar på ojämlik vård och föreslår åtgärder för att vården av äldre i Västra Götaland ska bli mer jämlik och evidensbaserad.

- Det är stora skillnader mellan invånare i Västra Götalands kommuner avseende sjuklighet, vårdkontakter, slutenvård, läkemedelsbehandling, tandvård och tandhälsa och tillgång till kommunal hälso- och sjukvård. Ohälsan är hög i landsbygdskommuner och framförallt i nordväst, men vårdkonsumtionen är högst i kommuner nära större sjukhus.  
*Förslag: Fortsatt satsning på nära vård bedöms kunna minska den ojämlika vården av äldre och därmed förbättra hälsan hos de sjukaste. Nära vård innebär ökad tillgång till vård i perifera landsbygds-kommuner och kan minska efterfrågan på akutvård och slutenvård i kommuner med sjukhus.*
- Behandling av kroniska sjukdomar hos äldre varierar stort vilket troligen beror på bristande geriatrisk kompetens det vill säga kunskap om de äldres sjukdomar och behandling, men också kunskap om det normala åldrandet och dess påverkan på behandlingar.  
*Förslag: Öka den geriatriska kompetensen, det vill säga evidensbaserad vård av äldre, i vårdvalens enheter i primärvården, i stora delar av specialistvården och i kommunernas hälso- och sjukvård*
- Äldre har färre vårddagar än yngre inom psykiatri. Äldre har färre besök hos kurator, psykolog eller psykoterapeut jämfört med yngre. Diagnoser för depression och demens liksom läkemedelsbehandlingar av depression och demens varierar stort i Västra Götaland.  
*Förslag: Öka kompetensen om behandling av psykisk ohälsa hos äldre.*

# Inledning

Fördjupningsrapporten Äldres hälsa och vård är ett deluppdrag i ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen *Säker tillgång till geriatrisk kompetens i hela Västra Götalandsregionen* (HS 2018–00787). Uppdragstagare är överläkare Simina Gherman ordförande i Regionala programområdet (RPO) Äldres hälsa.

Uppdraget är att utreda behovet av geriatrisk kompetens i Västra Götalandsregionen. För att fullfölja uppdraget behövs:

- I. En kartläggning av vilka äldre invånare i Västra Götaland som har behov av geriatrisk kompetens.
- II. En nulägesbeskrivning av tillgången till geriatrisk kompetens.
- III. Ett förslag på hur tillgången till geriatrisk kompetens kan säkras i hela Västra Götalandsregionen på kort och lång sikt.

Eftersom det saknas kriterier för att identifiera målgruppen med behov av geriatrisk vård och därmed också möjlighet att kunna kartlägga behovet av geriatrisk kompetens så har deluppdrag I utvidgats till en mer omfattande kartläggning av äldres hälsa och vård i Västra Götaland i form av en fördjupningsrapport från koncernavdelning data och analys. Fördjupningsrapporten omfattar en övergripande kartläggning som underlag för utredningen av behovet av geriatrisk kompetens. Dessutom ingår i fördjupningsrapporten en övergripande kartläggning för att undersöka om äldres hälsa och vård är jämlik i Västra Götaland.

Denna rapport har sammanställts av Karin Fröjd, medicinsk rådgivare, regional vårdanalys, med ovärderlig hjälp av följande medarbetare på koncernavdelning data och analys: Marcus Praetorius Björk, Barbara Rubinstein, Åsa Hjort Hedenberg, Eva-Charlotta Gaal Helgesson, Sofia Karlsson, Göran Henriksson, samt Theresa Larsen (FoU i Väst), Simina Gherman (SU), Mikael Bengtsson (Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, Koncernkontoret), Gunnar Henning (FTV Hälsoodontologiska enheten, Koncernkontoret) och Christina Sjöberg (SU).

# Bakgrund

Andelen äldre ökar och framförallt de äldsta. Ohälsa och vårdbehov ökar med åldern. Västra Götalandsregionen behöver en nulägesbeskrivning av hur hälsa och vård bland äldre ser ut i ett helhetsperspektiv som underlag för planering av vården av äldre.

Andelen äldre har ökat under en lång tid i Sverige och kommer även fortsättningsvis att öka, framförallt de äldsta. Ohälsa och vårdbehov ökar med åldern och framförallt från 80 års ålder. Äldre har en hög andel av den totala slutenvårdskonsumtionen.

Äldre är friskare idag än tidigare. Förklaringen till detta kan vara minskad eller uppskjuten sjuklighet genom att de äldre kohorter, det vill säga invånare födda på 1930- och 40-talen, som nu studeras har haft en hälsosammare barn- och ungdomstid jämfört med de som föddes tidigare på 1900-talet. Dessutom bidrar minskad rökning, bättre blodtrycks- och diabetesbehandling, nya behandlingsmetoder vid ett stort antal sjukdomar till exempel stroke, tumörsjukdom, reumatisk sjukdom och multipel skleros till ändrat vårdbehov för äldre.

Antalet slutenvårdsdagar per år minskar för gruppen 80 år och äldre. Den medicintekniska utvecklingen har bidragit till kortare vårdtider även för patienter 80 år och äldre. Det minskade antalet slutenvårdsdagar kan också bero på att samverkan med primärvård och kommunal hälso- och sjukvård har förbättrats på grund av ny lagstiftning.

Denna nulägesbeskrivning av äldres hälsa och vård i Västra Götaland har som syfte att vara ett underlag för en behovsanalys av geriatrisk kompetens. Målgruppen är invånare i Västra Götaland 65 år och äldre indelade i 65–79 år samt 80 år och äldre där så är möjligt. Data jämförs för äldre i Västra Götaland med riket, samt yngre jämfört med äldre, men tyngdpunkten ligger på jämförelse mellan kommuner i Västra Götaland. Nulägesbeskrivningen bygger på vårddata, data från kvalitetsregister och enkäter för 2018 och 2019. Vårdkonsumtionsdata för de fem senaste åren redovisas. De enkätdata som redovisas är de senaste tillgängliga.

Frågeställningarna är:

1. Finns det skillnader avseende äldres hälsa och vård i Västra Götaland jämfört med riket?
2. Finns det omotiverade skillnader avseende vården av yngre och äldre i Västra Götaland?
3. Finns det omotiverade skillnader mellan kommuner i Västra Götaland avseende: demografi, socioekonomiska faktorer viktiga för hälsan, uppfattning om hälsa och levnadsvanor, uppfattning om vården, sjuklighet, vårdkonsumtion och kommunal vård och omsorg, samt är vården evidensbaserad?

# Äldres hälsa och vård i Sverige

De äldsta upplever sämre hälsa, har oftare flera kroniska sjukdomar och har större vårdkonsumtion jämfört med yngre. De är samtidigt nöjdare med vården och har ett större förtroende för vården än yngre.

## Demografi

Medellivslängden i Sverige har ökat nästan oavbrutet sedan 1860-talet. 1970 var medellivslängden 72,2 år för män och 77,06 för kvinnor. 2018 hade männens medellivslängd ökat till 80,78 år och kvinnornas till 84,25 år.<sup>1</sup>

Antalet invånare i Sverige 65 år och äldre kommer att öka med 16 procent fram till år 2030 från 2019. Gruppen 65–74 år ökar med 2 procent, 75–84 år med 25 procent, 85–94 år med 53 procent och gruppen 95 år och äldre ökar med 14 procent fram till år 2030.<sup>2</sup>

## Äldre anger sämre hälsa än yngre.

I den Nationella folkhälsoenkäten 2018 uppgav 79 procent bra eller mycket bra hälsa i åldersgrupperna 16–29 år och 30–44 år jämfört med 70 procent i åldersgruppen 45–64 år. I den äldsta åldersgruppen 65–84 år uppgav 58 procent bra eller mycket bra hälsa.

Skillnaderna mellan referensgruppen 30–44 år och de två äldre åldersgrupperna var statistiskt säkerställda och kvarstod när hänsyn togs till kön, utbildningsnivå, födelseland och län. Andelen 65–84 år som anger bra eller mycket bra hälsa hade minskat vid den senaste mätningen. Det saknas data för självskattad hälsa för gruppen 85 år och äldre.<sup>3</sup>

## Levnadsvanor hos äldre

Andelen med riskbruk av alkohol i Sverige är högst för invånare 16–29 år. Andelen med riskbruk av alkohol 65–84 år har ökat från 5 procent 2008 till 10 procent 2018. Det ökade riskbruket av alkohol uppmärksammas särskilt i *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2019*<sup>4</sup> där förslag för socialtjänsten angående tidig identifiering och åtgärder presenteras. Andelen dagligrökare är högst i åldersgruppen 45–64 år och minskar i åldersgruppen 65–84 år. Andelen 65–84 år som röker dagligen har minskat från 10 procent 2008 till 8 procent 2018.

## Hälsö- och sjukvårdsbarometern

Äldre personer är mer nöjda med tillgången till hälso- och sjukvård och de har högst förtroende för sjukhusen och vårdcentraler. Förtroendet för 1177 Vårdguiden via telefon är som högst bland de som är 70 år eller äldre. När det gäller 1177 Vårdguiden via webben och 1177 Vårdguidens e-tjänster är förtroendet högre bland yngre, men ökar för äldre.

Äldre anser att väntetiderna är rimligare än yngre. Andelen som instämmer i att vården ges på lika villkor är högst i åldersgrupperna 18–29 år respektive 80 år eller äldre. Oavsett

<sup>1</sup><https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>

<sup>2</sup><http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>

<sup>3</sup><https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/>

<sup>4</sup>[http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/)

ålder instämmer de flesta invånare att det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor. (*Hälso- och sjukvårdsbarometern*)<sup>5</sup>

### **Sjuklighet hos äldre**

Andelen personer med kroniska sjukdomar ökar med åldern. 82 procent av personer över 65 år har en eller flera kroniska sjukdomar. Gruppen 65–74 år har 56 procent två eller flera kroniska sjukdomar, i gruppen 75–84 år 77 procent och i gruppen 85 år och äldre 82 procent.<sup>6</sup>

Hjärt-kärlsjuklighet, diabetes, stroke, rörelseorganens sjukdomar, neurologiska sjukdomar och tumörsjukdomar ökar med åldern. Demens ökar med åldern. Depression är vanligt hos äldre och andelen suicid är hög bland äldre män jämfört med yngre och jämfört med jämnåriga kvinnor.<sup>6</sup>

### **Äldres vård**

Vårdbehovet ökar med åldern. Andelen personer 65 år och äldre i Sverige motsvarar knappt 20 procent av befolkningen, men gruppen står för hälften av alla vårdtillfällen och en ännu högre andel av den totala vårdtiden.

Gruppen 65–79 ökade 40% mellan 2002 och 2017, men det totala antalet vårdtillfällen ökade bara med 12 procent och den totala vårdtiden för åldersgruppen minskade med 11 procent. Förklaringen till den relativa minskningen av vårdtid kan bero på att åldersgruppen har bättre hälsa, att sjukvården har utvecklats och förändrats genom bättre behandlingsmetoder och att allt fler hälso- och sjukvårdsbehov hanteras via öppenvård såväl inom specialistvård som i form av primärvård och hemsjukvård. Att vårdtiden minskar mer än vårdtillfällena innebär att patienter 65–79 år vårdas kortare tid vid varje tillfälle.<sup>7</sup>

Geriatrisk innebär specialistkunskap om de äldres sjukdomar och behandling men också kunskap om det normala åldrandet och dess påverkan på behandlingar. Tillgång till geriatrisk specialistkompetens och geriatrisk slutenvård varierar stort i landet, men behovet kommer att öka. Dessutom så kommer behovet av kunskap om åldrandet och åldrandets sjukdomar och att behövas i kommunal omsorg, hälso- och sjukvård, i vårdvalens enheter i primärvården och i stora delar av specialistvården.

### **Äldres kommunala omsorg**

I Sverige har 8,3 procent av de som är 65 år och äldre hemtjänst 2018 och 4,0 procent hade permanent särskilt boende.

Fler kvinnor än män i åldern 65 år eller äldre får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet och andelen som bor på särskilt boende är högre bland kvinnor.

Andelen av den äldre befolkningen som får insatser via socialtjänsten minskar. Det gäller både inom särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet.<sup>7</sup>

<sup>5</sup><https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/halsoochsjukvardsbarometern2019.32131.html>

<sup>6</sup>VIP i vården – om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom rapport 2014:2 Myndigheten för vårdanalys

<sup>7</sup>Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2019 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-18.pdf>

# Äldres hälsa och vård i Västra Götaland

Gruppen 75 år och äldre kommer att öka dramatiskt fram till 2030 i riket och i Västra Götaland vilket kommer att innebära stora utmaningar för regionens och kommunernas omsorg, hälso- och sjukvård. Hela gruppen 65 år och äldre har betydligt fler vårddagar än yngre inom somatisk slutenvård, men inte inom psykiatri. De äldre vårdas framförallt inom internmedicin, kirurgi, geriatrik och ortopedi. Antalet slutenvårdsdagar minskar för gruppen 80 år och äldre. Läkemedelsuthämtningen är i stort sett densamma för äldre i Västra Götaland jämfört med riket, förutom för antidepressiva som är högre i Västra Götaland. Andelen med kommunal vård och omsorg är något lägre än i riket när det gäller hemtjänst och hemsjukvård, men i nivå med riket när det gäller permanent särskilt boende.

## Demografi

Medellivslängden för män i Västra Götaland är 80,5 år och för kvinnor 84,1 år vilket är något lägre än för riket som är 80,8 år för män och 84,2 år för kvinnor.<sup>8</sup>

I Västra Götaland kommer antalet invånare 65 år och äldre att öka med 16 procent fram till år 2030 från 2019. Gruppen 65–74 år ökar med 2 procent, 75–84 år med 31 procent, 85–94 år med 43 procent och gruppen 95 år och äldre ökar med 21 procent fram till år 2030.<sup>2</sup>

## Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019

Sedan början av 2000-talet har Västra Götalandsregionen, tillsammans med övriga regioner och landsting i Sverige, frågat befolkningen om dess uppfattning, förväntningar och erfarenheter av hälso- och sjukvården i en nationell intervjustudie (*Hälso- och sjukvårdsbarometern*<sup>9</sup>.) Undersökningarna genomförs av SKR, Sveriges Kommuner och Regioner. Gruppen 70 år och äldre i Västra Götaland uppger mindre ofta än i riket att *väntetider* till besök och behandling på sjukhus och på vårdcentral/hälsocentral är rimliga (57,1 procent i VG och 64,3 procent i riket). De har lägre *förtroende för hälso- och sjukvården* som helhet (64,3 procent i VG och 71,4 procent i riket), men lika stort förtroende för sjukhus, vårdcentraler, samt för 1177. De har lika stort förtroende för *digitala vårdtjänster* och förtroende för att *vården ges på lika villkor*, dvs. att behovet av vård avgör och inte något annat, som samma åldersgrupp i riket. Gruppen 70 år och äldre i Västra Götaland är lika positiva som motsvarande grupp i riket om *läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor*, till exempel kost, motion, tobak och alkohol. Sammanfattningsvis så är de äldre i Västra Götaland mindre nöjda med väntetider och har lägre förtroende för vården, men är i övrigt lika nöjda med vården som motsvarande grupp i riket.

<sup>8</sup><https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>

<sup>9</sup><http://analys.vgregion.se/Verksamhetsanalys-2019/pat-syn-pa-varden/befolkningens-uppfattning-om-halso-och-sjukvarden32/>

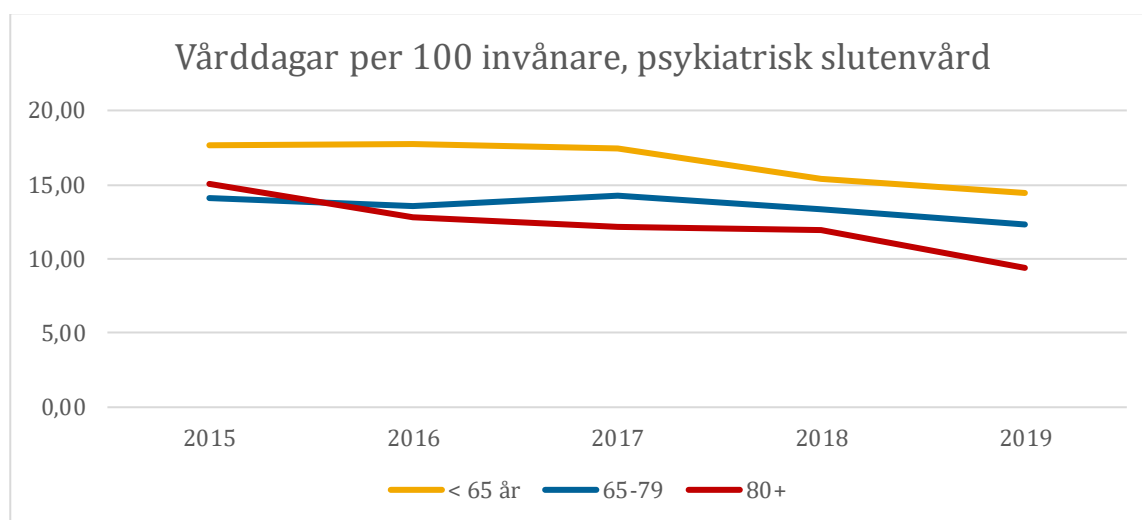


## Äldres vård Västra Götaland

Det saknas lättillgängliga nationella data för äldres vård och vanliga diagnoser för äldre att jämföra med, så här redovisas enbart data från VEGA som jämför äldre med yngre för Västra Götaland år 2015–2019.

### Specialistvård - slutenvård

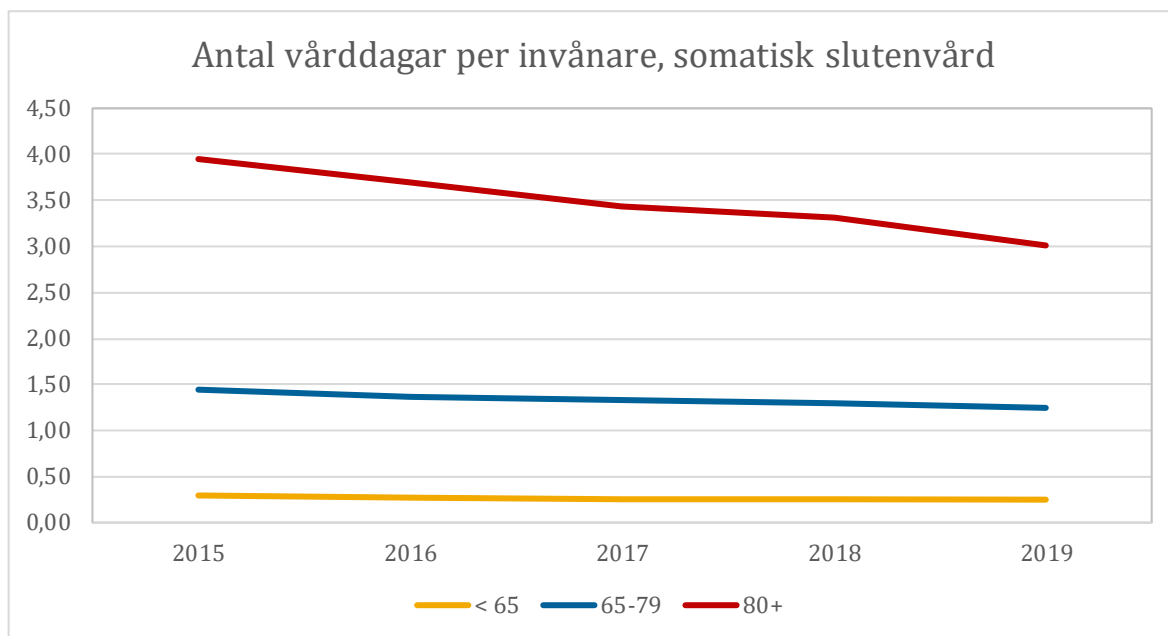
Inom psykiatrisk slutenvård är antalet vårddagar per 100 invånare lägre för äldre än för övrig befolkning i Västra Götaland och tycks minska med åldern. Dessutom syns minskning av antalet vårddagar över tid för alla åldersgrupper, men mest för gruppen 80 år och äldre. De vanligaste diagnoserna i psykiatrisk slutenvård för gruppen 65–79 år är alkoholrelaterad sjuklighet och depressioner. För gruppen 80 år och äldre är depressioner och förvirring de vanligaste diagnoserna.



Inom somatisk slutenvård har gruppen 80 år och äldre flest vårdtillfällen och flest vårddagar per invånare, jämfört med gruppen 65–79 år och betydligt högre jämfört med invånare yngre än 65 år i Västra Götaland. Antalet vårddagar inom somatisk slutenvård minskar framförallt för 80 år och äldre.

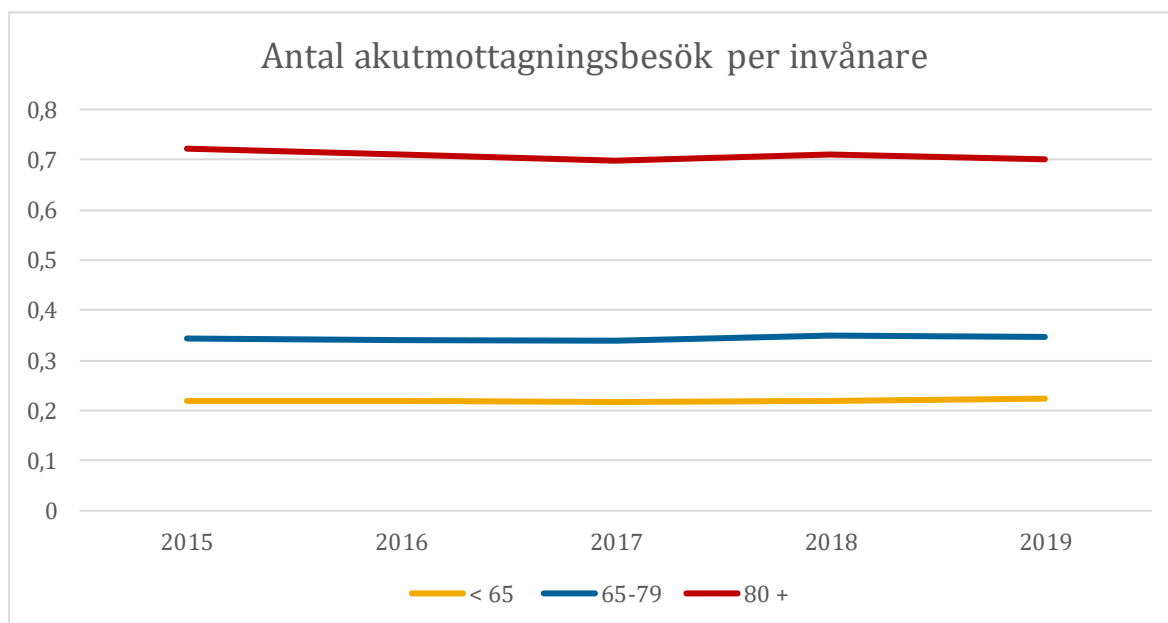
Äldre i gruppen 65–79 år vårdas framförallt inom internmedicin, kirurgi, ortopedi och kardiologi. De vanligaste huvuddiagnoserna i somatisk slutenvård är för gruppen 65–79 år hjärt-kärlsjukdom, stroke, bröstsmärta och artros i höft eller knä.

Gruppen 80 år och äldre vårdas huvudsakligen inom internmedicin, ortopedi, kirurgi, geriatrik och kardiologi. För gruppen 80 år och äldre är det samma diagnoser som ovan, men dessutom höftfraktur och lunginflammation.



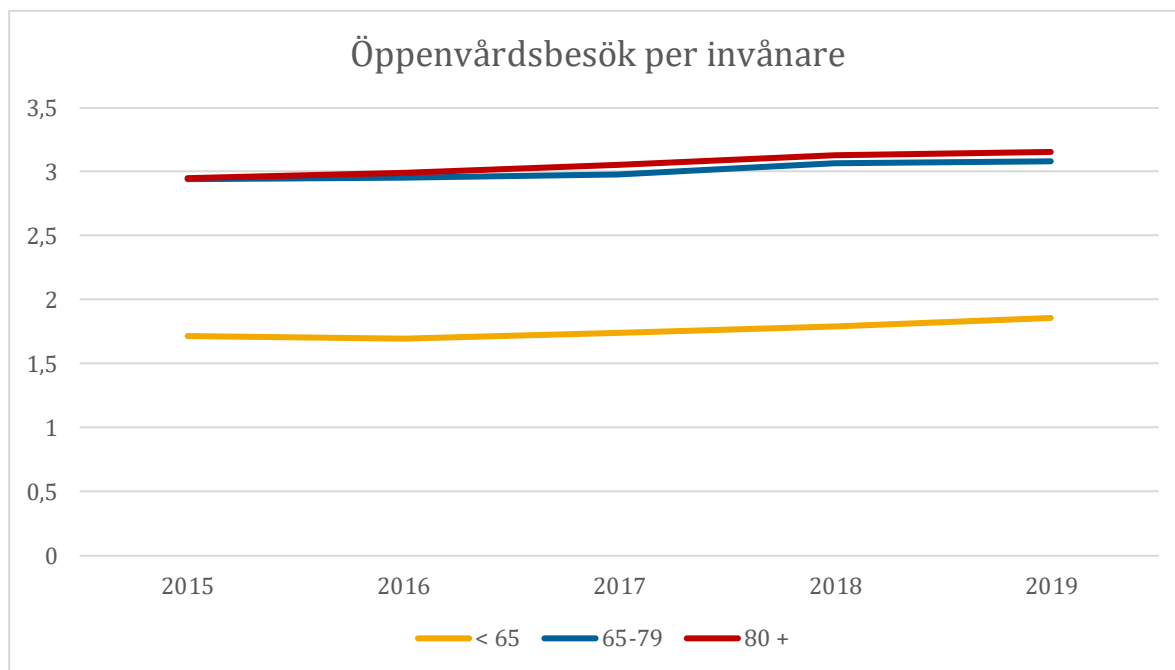
### Akutmottagningsbesök

Antalet akutmottagningsbesök per år 2019 är högst i åldersgruppen 80 år och äldre (0,7), men tycks minska något sedan 2015. Antalet akutmottagningsbesök för gruppen 65–79 var 0,35 och 0,22 för gruppen yngre än 65 och antalet besök/år är oförändrade sedan 2015.



### Specialistbesök öppenvård

Antalet öppenvårdsbesök ökat något för alla åldersgrupper och är högre för gruppen 65 år och äldre, men det finns ingen större skillnad mellan gruppen 65–79 år och gruppen 80 år och äldre. 2019 gjorde gruppen 80 år och äldre 3,2 specialistöppenvårdsbesök, gruppen 65–79 år 3,1 och invånare yngre än 65 år gjorde 1,9.

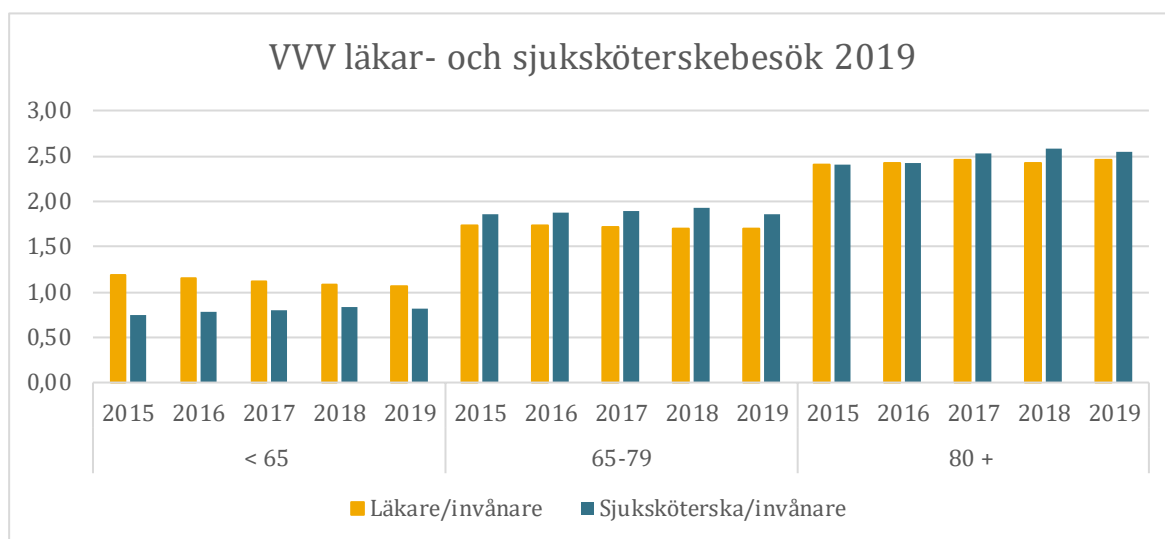


### Vårdval vårdcentral

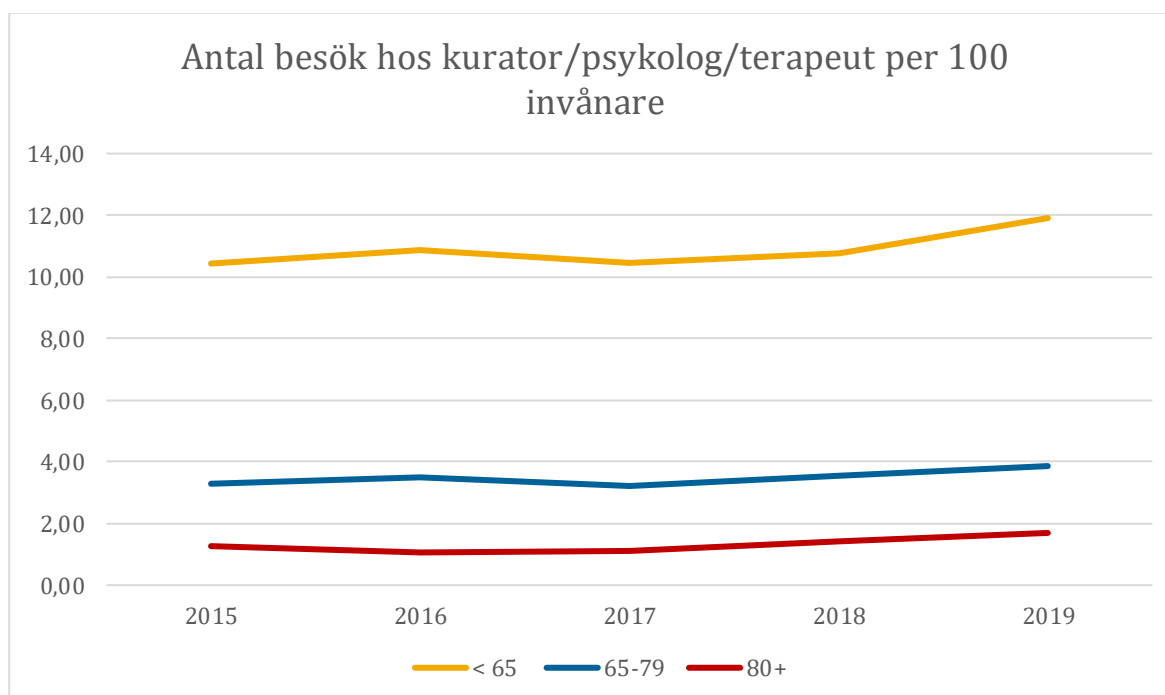
Besök hos läkare, sjuksköterska och psykolog/psykoterapeut/kurator inom vårdval vårdcentral (VVV) har sammanställts och jämförts med yngre samt över tid. Indirekta besök, till exempel telefonsamtal som ersätter fysiskt besök och digitalt vårdmöte, ingår inte i sammanställningen.

Äldre personer gör fler läkarbesök inom vårdval vårdcentral jämfört med yngre. Invånare yngre än 65 gör genomsnitt 1,2 läkarbesök/år, gruppen 65–79 år gör 1,7 läkarbesök/år och gruppen 80 år och äldre gör 2,5 läkarbesök/år. Läkarbesök för yngre minskar något 2015–2019. Men antalet läkarbesök per invånare ökar något under samma period för gruppen 80 år och äldre, men minskar mest hos gruppen 65–79 år. De vanligaste diagnoserna vid läkarbesök på vårdcentral är högt blodtryck, förhöjda blodfetter, diabetes, hjärtsjukdom, samt smärta och värk för såväl gruppen 65–79 år som för gruppen 80 år och äldre.

Invånare yngre än 65 år besöker sjuksköterska på vårdcentral i genomsnitt 0,8 gånger per år, i gruppen 65–79 år 1,7 gånger per år och gruppen 80 år och äldre 2,5 sjuksköterskebesök/år. Antalet besök hos sjuksköterska inom vårdval vårdcentral är oförändrade för yngre än 65 år 2015–2019, men ökar 5,7 procent för gruppen 65–79 år och ökar 5,9 procent för gruppen 80 år och äldre. Vid sjuksköterskebesök på vårdcentral är vaccination, högt blodtryck, förhöjda blodfetter och diabetes vanligaste besöksorsakerna för båda grupperna.

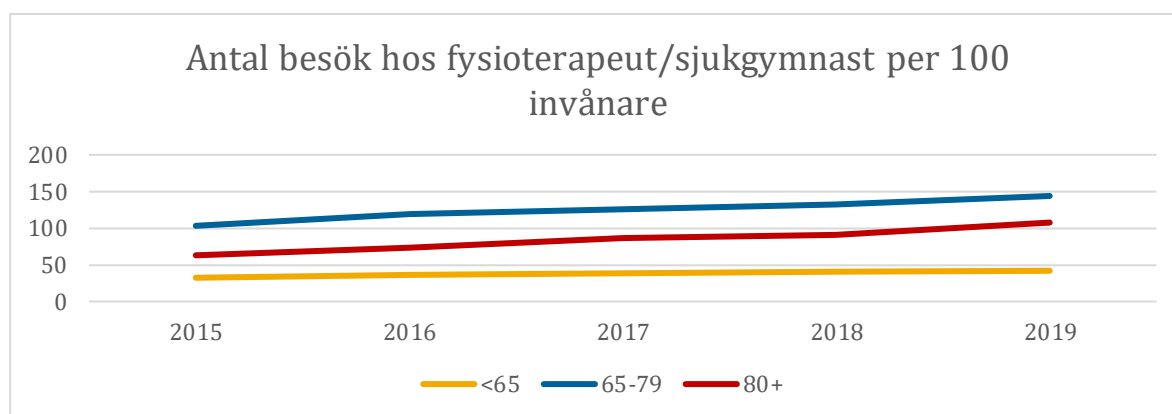


Besök hos kurator, psykolog eller psykoterapeut har lagts ihop eftersom de har likartade arbetsuppgifter. Dessutom beräknas de per 100 invånare eftersom det görs betydligt färre besök hos kurator/psykolog/psykoterapeut jämfört med hos läkare och sjuksköterskor. 2019 besökte invånare yngre än 65 år oftare kurator, psykolog eller psykoterapeut på vårdcentral (11,9 besök/100 invånare), jämfört med gruppen 65–79 år (3,9 besök/100 invånare) och för gruppen 80 år och äldre (1,7 besök/100 invånare).

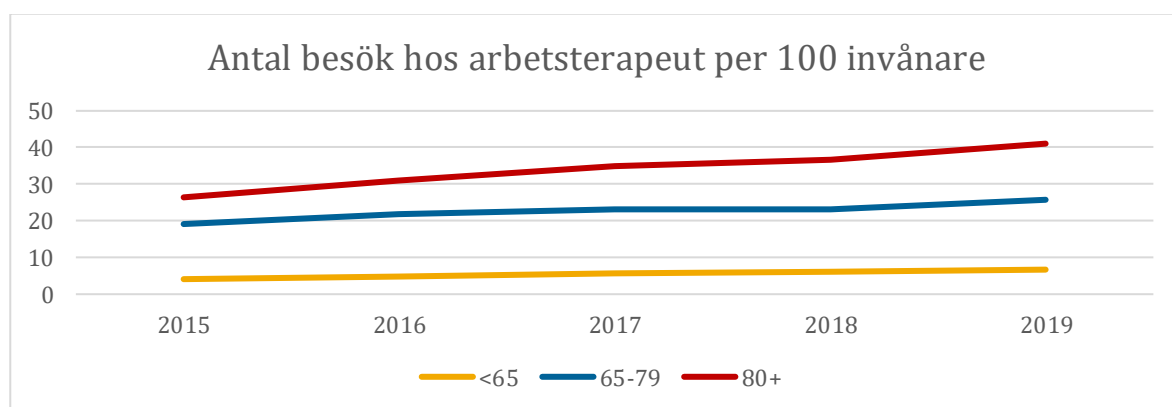


## Vårdval rehab

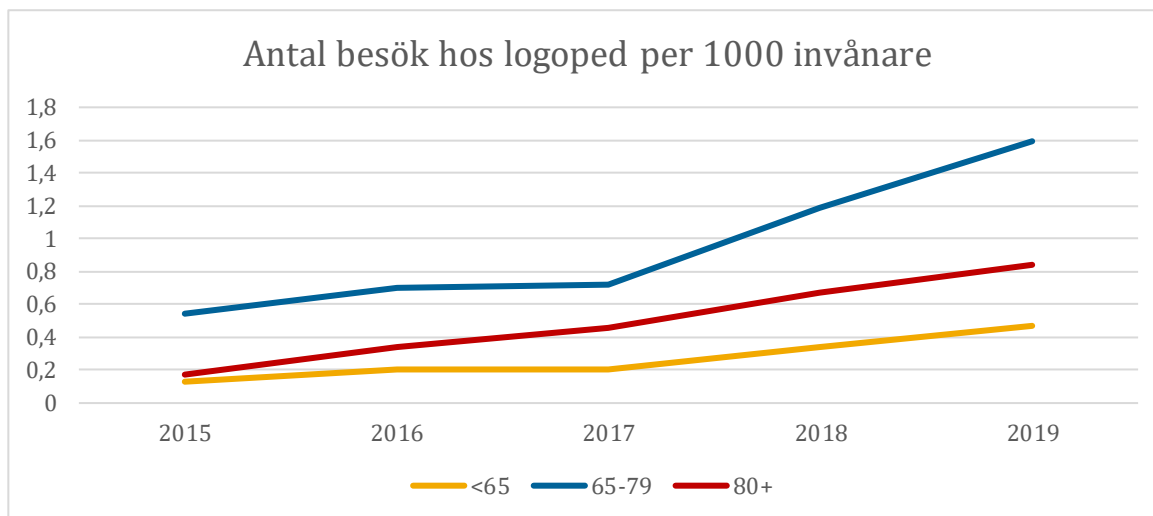
I följande avsnitt inkluderas både besök hos fysioterapeut/sjukgymnast som arbetar inom vårdval rehab (VVR) och de som har avtal med Västra Götalandsregionen enligt lagen om ersättning för fysioterapi (LOF). Besök hos arbetsterapeut och logoped avser enbart vårdval rehab. Invånare 65 år och äldre gör fler besök än yngre hos fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och logoped, men antalet besök hos fysioterapeut/sjukgymnast och logoped är färre för invånare 80 år och äldre jämfört med gruppen 65–79 år. Invånare yngre än 65 år gjorde 68 besök/100 invånare/år hos sjukgymnast/fysioterapeutbesök/100 invånare/år, invånare 65–79 år 144 besök/100 invånare/år och invånare 80 år och äldre gjorde 108 besök/100 invånare/år. Vid fysioterapi- och sjukgymnastbesök inom vårdval rehab är det vanligast med ryggvärk, annan smärta och värk samt artros för gruppen 65–79 år. För gruppen 80 år och äldre är dessutom gångrubbningar vanligast. Det ses en ökning av besök per invånare mellan 2015 och 2019 för invånare 65 år och äldre.



Invånare yngre än 65 år gjorde 7,0 arbetsterapeutbesök/100 invånare/år, invånare 65–79 år gjorde 26 besök/100 invånare/år och invånare 80 år och äldre gjorde 41 besök/100 invånare/år. Det ses en ökning av besök per invånare mellan 2015 och 2019 för invånare och störst ökning för gruppen 80 år och äldre. Vid arbetsterapibesök inom vårdval rehab är gång- och rörelserubbningar, samt artros de vanligaste besöksorsakerna för gruppen 65–79 år. För gruppen 80 år och äldre är det gång- och rörelserubbningar, men också smärta och värk, samt balansrubbningar vanligast.



Betydligt färre besöker logoped inom vårdval rehab. Antalet logopedbesök/100 invånare/år är 0,5 för invånare yngre än 65 år, 1,6 i gruppen 65–79 och 0,8 i gruppen 80 år och äldre, år samt. Antalet besök per invånare ökar för alla åldersgruppen och allra mest för gruppen 65 till 79 år.



## Läkemedel

Läkemedelsstatistik har hämtats från *Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel 2019* för att jämföra andel invånare som har hämtat ut läkemedel i Västra Götaland med riket. De vanligaste läkemedlen till äldre i riket är smärtstillande och läkemedel mot hjärt- och kärlsjukdomar. De vanligaste läkemedlen till kvinnor 65 år och äldre är i riket: Övriga analgetika och antipyretika (Smärtlindrande och antiinflammatoriska läkemedel) (N02B), Beta-receptorblockerande läkemedel (Läkemedel vid högt blodtryck och hjärtsjukdom) (C07A), Antikoagulantia (Blodförtunnande) (B01A) och Medel som påverkar serumlipidnivåerna (C10A). De vanligaste läkemedlen för män är i riket: Antikoagulantia (B01A), Medel som påverkar serumlipidnivåerna (Blodfettssänkande läkemedel) (C10A), Beta-receptorblockerande läkemedel (Läkemedel vid högt blodtryck och hjärtsjukdom) (C07A) Kalciumantagonister med övervägande kärlselektiv effekt (Läkemedel vid högt blodtryck och hjärtsjukdom) (C08C). Andelen äldre som hämtar ut antidepressiva läkemedel är högre i Västra Götaland jämfört med riket, men inga större skillnader se för övriga stora läkemedelsgrupper.

| Läkemedel                    | Ålder  | Expedieringar/1000 invånare (VG) | Expedieringar/1000 invånare (riket) |
|------------------------------|--------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Antidepressiva               | 65–85+ | 2 069,44                         | 1785,85                             |
| Astma- och KOL-medel         | 65–85+ | 761,38                           | 795,77                              |
| Blodfettssänkande medel      | 65–85+ | 1 934,32                         | 1905,28                             |
| Blodförtunnande läkemedel    | 65–85+ | 2 502,41                         | 2524,87                             |
| Demensmedel                  | 65–85+ | 412,80                           | 455,01                              |
| Diabetesmedel                | 65–85+ | 1 302,93                         | 1309,86                             |
| Läkemedel mot benskörhet     | 65–85+ | 212,92                           | 206,66                              |
| Läkemedel mot högt blodtryck | 65–85+ | 7 825,65                         | 7827,65                             |
| Medel vid hjärtsjukdomar     | 65–85+ | 516,81                           | 521,65                              |

Socialstyrelsen har tagit fram en lista över läkemedel som bör undvikas till äldre på grund av stor risk för biverkningar. Dessa läkemedel brukar kallas ”olämpliga läkemedel”, det vill säga läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. I *Öppna jämförelser 2019 – vård och omsorg om äldre*<sup>10</sup> jämförs andelen invånare 75 år och äldre med ”olämpliga läkemedel”. För invånare med hemtjänst är det 9,8 procent i riket som har ”olämpliga läkemedel” jämfört med 11,0 procent i Västra Götaland. För invånare 75 år och äldre i särskilt boende är andelen 7,9 respektive 9,3 procent. Trenden för ”olämpliga läkemedel” i Västra Götaland är dock sjunkande (*Verksamhetsanalysen 2020*<sup>11</sup>). Andelen med 75 år och äldre med hemtjänst som har 10 eller fler läkemedel är 23,8 procent i riket och 24,9 procent i Västra Götaland. För boende i särskilt boende är andelen 30,2 respektive 31,5 procent. Enligt *Vården i siffror*<sup>12</sup> (januari 2020) är andelen 75 år och äldre med antipsykotiska läkemedel 1,9 procent i riket och 2,1 procent i Västra Götaland.

### **Äldres kommunala omsorg 2018**

Enligt socialstyrelsens statistik om socialtjänst så har 7,7 procent av invånare 65 år och äldre i Västra Götaland hemtjänst och 8,3 procent i riket. 61 procent av invånare 65 år och äldre med hemtjänst hade dessutom hemsjukvård jämfört med 77 procent i riket. Särskilt boende har 4,0 procent av invånare 65 år och äldre såväl i Västra Götaland som i riket. I gruppen 80 år och äldre hade 23 procent hemtjänst och 12 procent hade permanent särskilt boende i riket, motsvarande data saknas för Västra Götaland.<sup>13</sup>

**Slutsatser:** Äldre i Västra Götaland är något mindre nöjda än äldre i riket avseende väntetider och förtroende för vården. Somatisk slutenvården är högst för de äldsta, men inte psykiatrisk slutenvård. Slutenvården minskar mest för de äldsta. Äldre har fler besök i primärvården hos sjuksköterska och läkare på vårdcentral. Invånare yngre än 65 år har flest besök hos kurator/psykolog/psykoterapeut. Gruppen 65–79 har flest sjukgymnast- och logopedbesök. Gruppen 80 år och äldre har flest arbetsterapibesök. Det är svårt att i denna analys avgöra om skillnaderna är omotiverade eller inte, men troligen skulle fler äldre ha nytta av kontakt med kurator/psykolog/psykoterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och logoped.

Uthämtning av antidepressiva och antipsykotiska läkemedel är högre i Västra Götaland än i riket, liksom andelen med ”olämpliga läkemedel” och 10 eller fler läkemedel i kommunal omsorg och hemsjukvård. Lägre andelar äldre i Västra Götaland har hemtjänst och hemsjukvård jämfört med riket.

<sup>10</sup>Öppna jämförelser 2019 – vård och omsorg om äldre <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/alldreomsorg/>

<sup>11</sup> <http://analys.vgregion.se/Verksamhetsanalys-2020/>

<sup>12</sup>Vården i siffror <https://vardenisiffror.se/>

<sup>13</sup><https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/socialtjanstinsatser-till-alldre/>

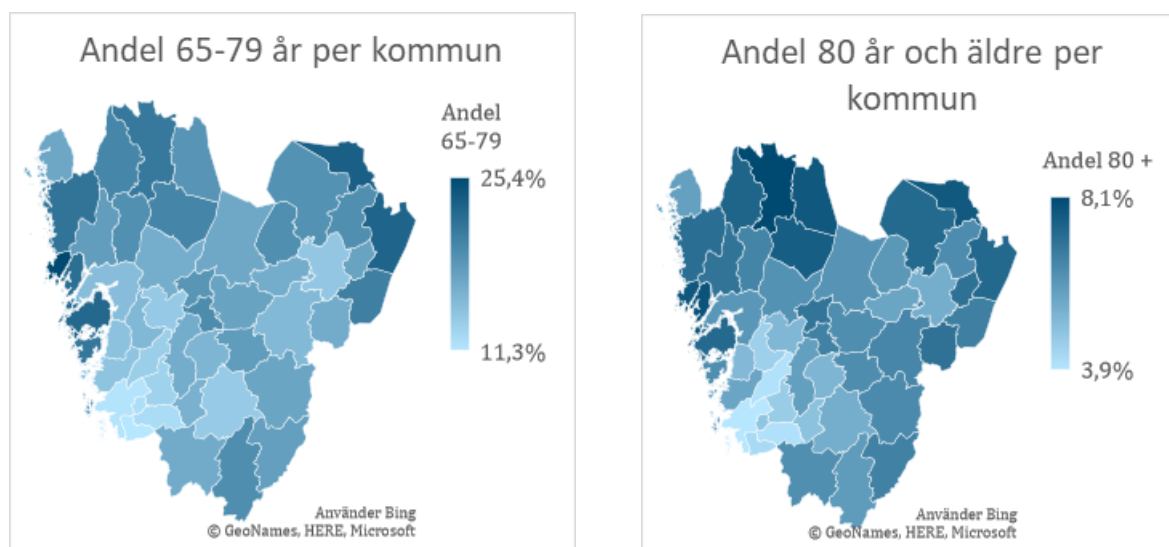
# Kartläggning av vård och hälsa på kommunnivå Västra Götaland

Många kommuner har en stor andel äldre vilket är en utmaning för såväl kommunal som regional hälso- och sjukvård. I kartläggningen redovisas socioekonomiska faktorer som kan påverka hälsan, sjuklighet, vårdkonsumtion, tandvård, läkemedelsuthämtning och kommunal hälso- och sjukvård. Det är stor variation mellan kommunerna.

## Demografi och socioekonomi

### Demografiska skillnader

Högsta andel 65 år och äldre finns i Sotenäs 32,7 procent och lägst 15,4 procent i Göteborg. Andelen invånare 65–79 år varierar mellan 11,5 procent i Mölndal till 24,9 procent i Sotenäs. Gruppen 80 år och äldre har lägst andel 3,9 procent i Ale och Göteborg och högst 8,1 procent i Bengtsfors.

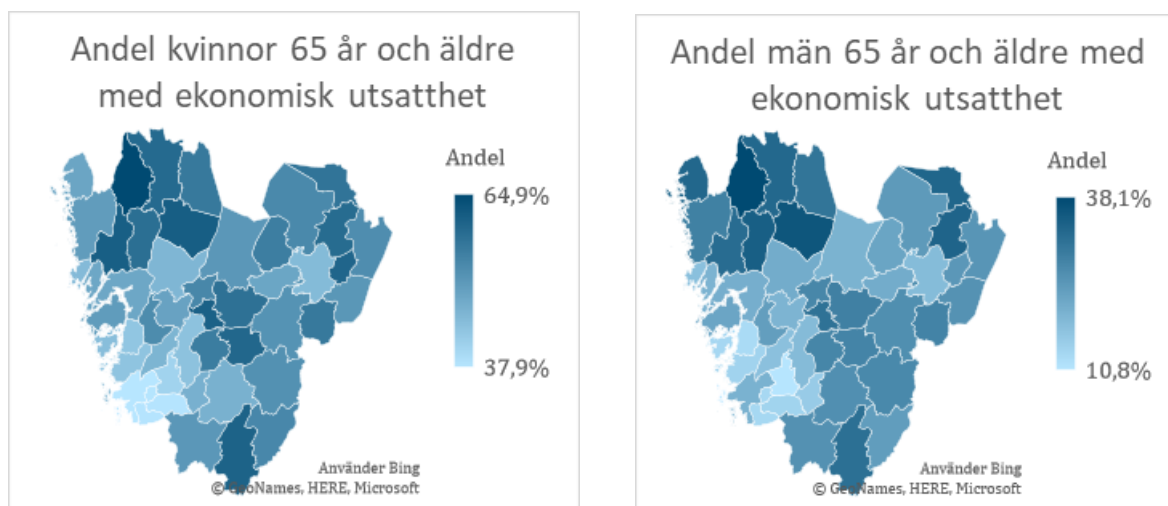


EU definierar ekonomisk utsatthet som att ha högst 60 procent av medianinkomsten i riket (2018 155 400 kr) och är ett mått som anger risk för fattigdom. Forskning visar att fattigdom kan påverka hälsan genom brist på nödvändigheter såsom mat eller tryggt boende, men också genom sociala och psykologiska svårigheter förknippade med fattigdom och i förlängningen påverkar det även risken att dö i förtid. Enligt folkhälsomyndigheten är det vanligare med ekonomisk utsatthet i den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre och den yngsta, 20–29 år jämfört med övriga åldersgrupper. Även bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå var det vanligare att befinna sig i ekonomisk utsatthet jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Det var även vanligare att befinna sig i ekonomisk utsatthet bland



personer födda i andra födelseregioner än Sverige. Totalt sett, och i de äldsta åldersgrupperna, ökade andelen personer i ekonomisk utsatthet, under perioden 2011–2017.<sup>14</sup>

Andelen som lever i ekonomisk utsatthet i grupperna 65 till 79 år respektive 80 år och äldre uppdelat på kön visar stora skillnader mellan kommunerna i Västra Götaland. Ekonomisk utsatthet hade 19,8 procent av männen och 42,5 procent av kvinnorna i gruppen 65–79 år och i gruppen 80 år och äldre var det 26,3 procent av männen och 53,9 procent av kvinnorna.

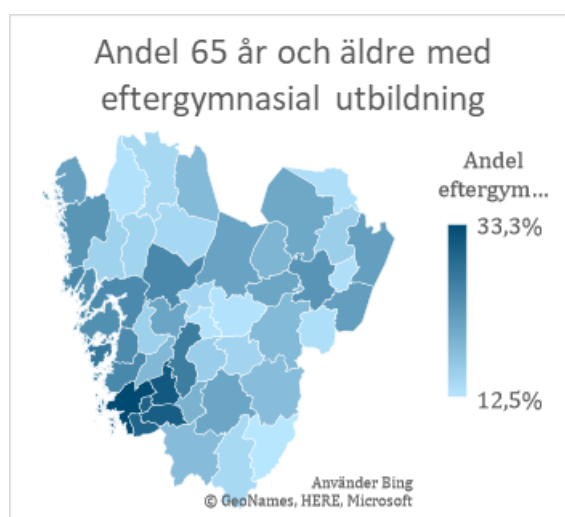
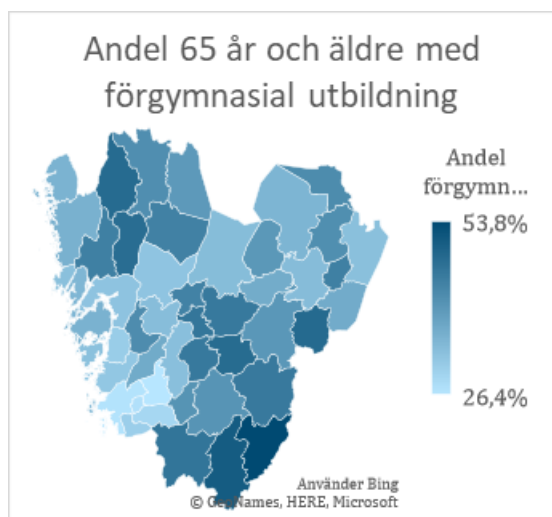


Högst andel med ekonomisk utsatthet finns i Dalsland och i enstaka landsbygdskommuner i Skaraborg och Södra Älvsborg. Vanligtvis hade både män och kvinnor hög andel av utsatthet i samma kommuner. Lägst andel ses i kommunerna runt Göteborg samt i södra Bohuslän och Skövde.

### Utbildningsnivå

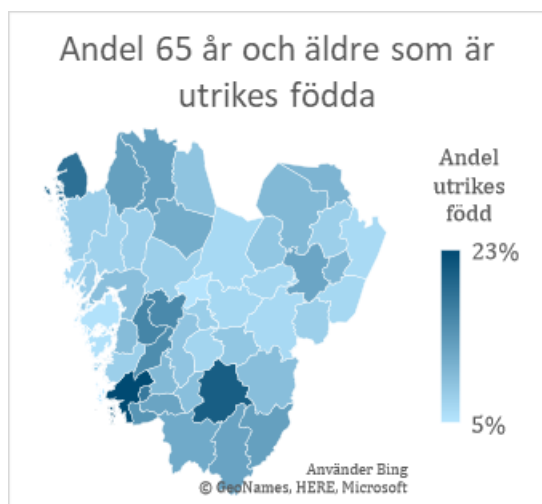
Utbildningsnivån är ett vanligt mått för socioekonomisk position. Lågutbildade har generellt sämre hälsa och sämre förutsättningar för god hälsa. Generellt är andelen med högst förgymnasial utbildning lägre i de äldre åldersgrupperna och därmed lägre socioekonomisk position och högre risk för ohälsa. Andel med högst förgymnasial utbildning i gruppen 65 år och äldre är i snitt 50,5 procent i Västra Götaland. Tranemo har högst andel (54 procent) och lägst andel finns i Lerum (26 procent). Andel med eftergymnasial utbildning i åldersgruppen 65 år och äldre är i snitt 31,3 procent och är högst i finns i Göteborg (33 procent) och lägst i Tranemo (12 procent).

<sup>14</sup><https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/livsvillkor/ekonomisk-utsatthet-vuxna/>



## Födelseland

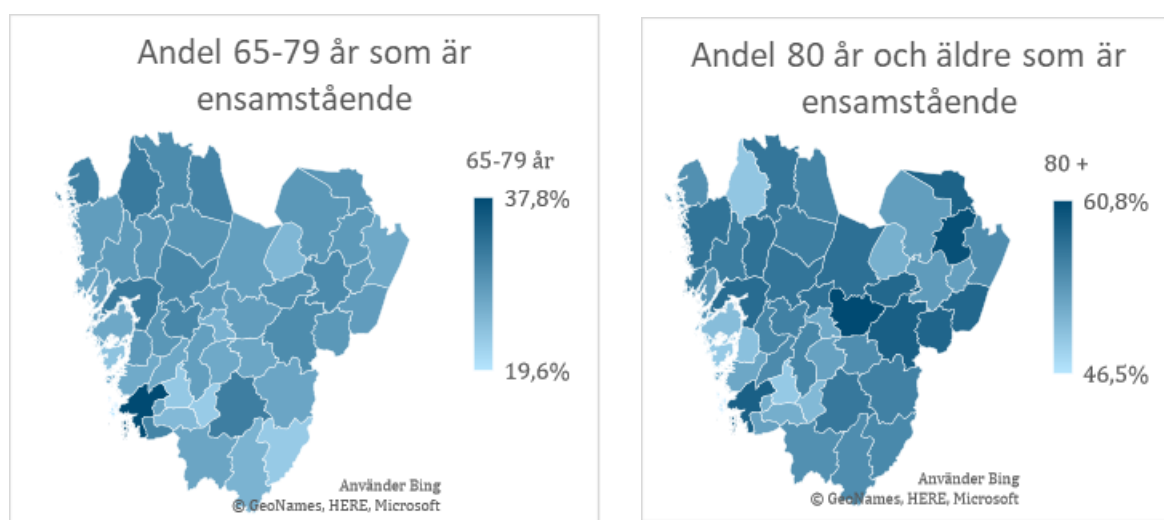
Födelseland kan spela roll för hälsan. Gruppen utrikes födda är heterogen och hur länge individen har vistats i Sverige är en viktig faktor för hälsan. Förmodligen är äldre utrikes födda som beskrivs i denna rapport mycket heterogen och består både av de som levt i Sverige i större delen av sitt liv och de som anlänt på senare år. Utlandsfödda har generellt sämre livsvillkor än inrikes födda när det gäller utbildningsnivå, arbetslöshet och sämre ekonomi vilket kan påverka hälsan negativt. Andel utrikes födda i gruppen äldre än 65 år varierar från 5 procent i Grästorp, Orust, Tjörn och Öckerö till 23 procent i Göteborg. Även Borås, Partille och Strömstad har höga andelen utrikes födda som är 65 år och äldre. Det tycks vara vanligare att utrikes födda bosätter sig i större städer. Den höga andelen i Strömstad och Borås är framförallt från övriga Norden, medan i Göteborg finns det även stora andelar från Europa utom Norden, samt från länder utanför Europa. I Strömstad kan förklaringen vara pensionerade normmän som bosätter sig i kommunen på senare år och i Borås kan förklaringen vara tidigare arbetskraftinvandring till textilindustrin.



## Ensamstående

Ensamboende rapporterar sämre självskattad hälsa och högre grad av psykisk ohälsa ofta har ensamboende ohälsosamma levnadsvanor<sup>15</sup>

Det finns inte tillgång till data på ensamboende, så vi har valt att redovisa ensamstående (ogift eller änka/änkling) som troligen till stor del är ensamboende. Andelen ensamstående i gruppen 65–79 år varierar från 31,0 procent i Mölndal till 19,6 procent i Öckerö. Öckerö har också lägst antal ensamstående i gruppen 80 år och äldre (46,5 procent). I Vara är andelen ensamstående i gruppen 80 år och äldre högst (60,8 procent). Det går inte att se något mönster i den geografiska fördelningen av ensamstående. Större tätorter har stor andel, men även ett stort antal landsbygdskommuner har hög andel ensamstående. Lägst andel har flera kommuner i Södra Älvsborg.



**Slutsatser:** Andel äldre varierar stort mellan kommunerna och är högst kommuner i Bohuslän och Dalsland. Ekonomisk utsatthet och låg utbildningsnivå är vanligare i landsbygdskommuner framförallt i Dalsland, samt i vissa kommuner i Bohuslän, Skaraborg och Älvsborg. Hög andel utrikes födda är vanligast i Göteborg, Borås och Strömstad. Hög andel ensamstående visar inga tydliga geografiska mönster utan förekommer både i städer och i mindre landsbygdskommuner.

## Folkhälsoenkäten 2019 "Hälsa på lika villkor" - uppfattning om hälsa och levnadsvanor

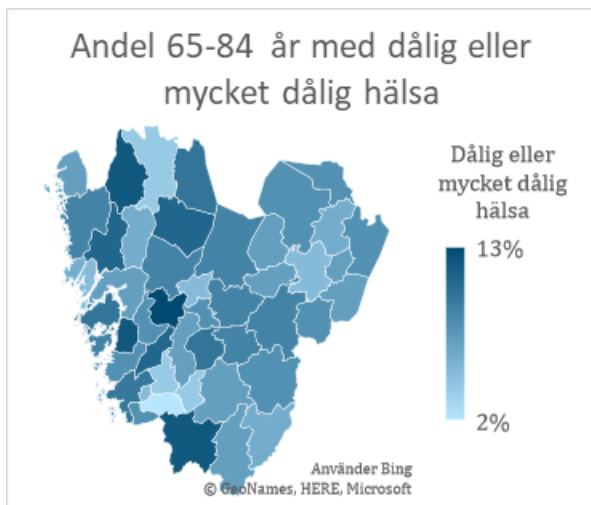
I detta avsnitt redovisas uppfattning om hälsa, andel dagligrökare respektive andel med riskabla alkoholvanor för gruppen 65–84 år. "Hälsa på lika villkor"<sup>16</sup> skickas ut till cirka 70 000 slumpvis utvalda invånare i Västra Götaland i åldrarna 16–84 år. Resultatet viktas så att det återges för hela populationen. Data redovisas per kommun.

<sup>15</sup>[https://www.aldrecentrum.se/sites/default/files/2012\\_8\\_aldres\\_levnadsvillkor\\_i\\_stockholms\\_lan\\_webb.pdf](https://www.aldrecentrum.se/sites/default/files/2012_8_aldres_levnadsvillkor_i_stockholms_lan_webb.pdf)

<sup>16</sup><https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ec714fca0b0145eab3d7924511550a74/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019-18076.pdf>

### Dålig eller mycket dålig hälsa

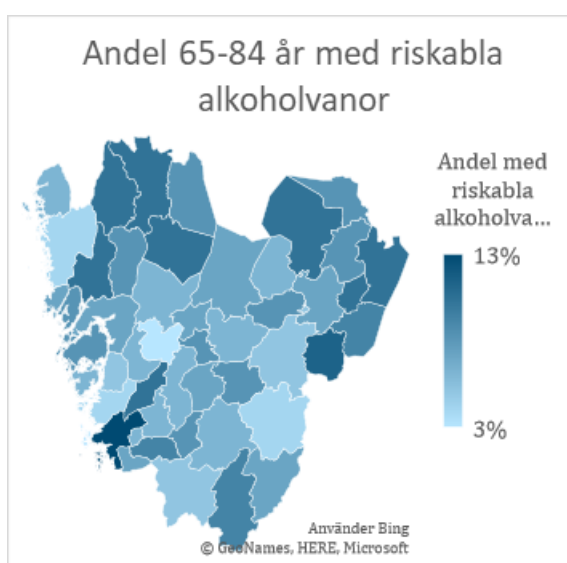
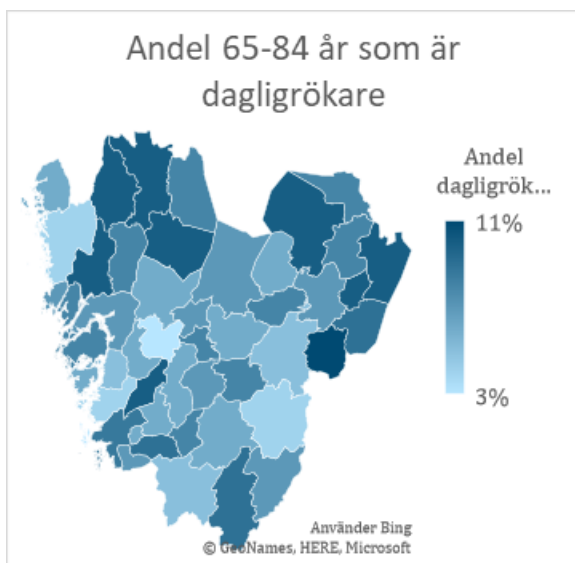
Andelen som med dålig eller mycket dålig hälsa varierar och är högst i Trollhättan (13 procent), samt i Dals-Ed, Stenungssund och Mark (12 procent).



### Rökning och alkoholvanor

Andel dagligrökare i gruppen 65–84 år är högst i Tidaholm (11 procent) och lägst i Öckerö och Trollhättan (3 procent).

Andel med riskabla alkoholvanor är högst Göteborg (13 procent) och lägst i Trollhättan (3 procent).



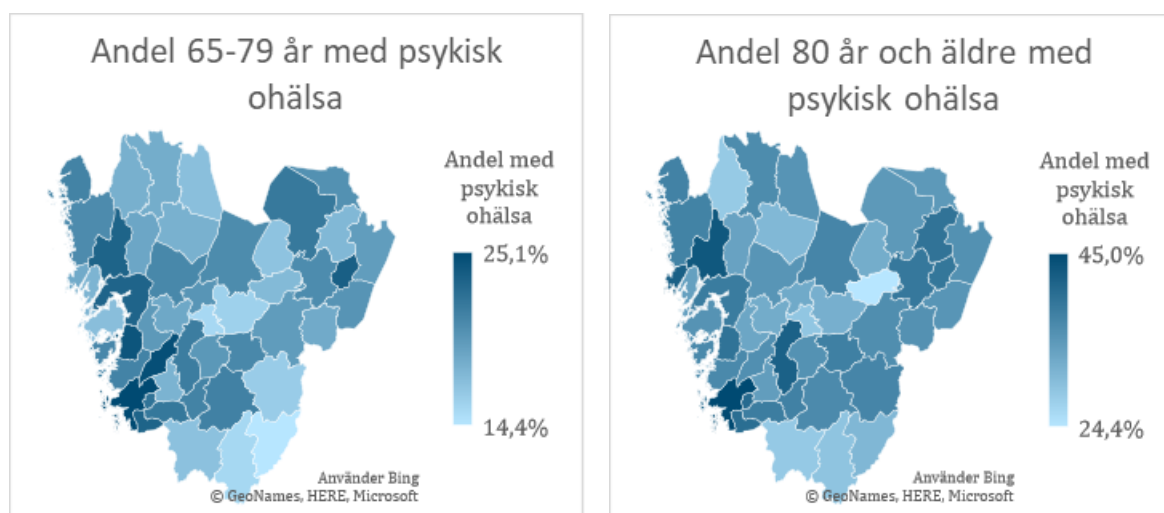
**Slutsatser:** "Hälsa på lika villkor" är framförallt tänkt att användas för uppföljning år från år av folkhälsosatsningar och inte för jämförelser mellan kommuner. Mätningen visar dock att det tycks vara relativt stora skillnader på uppfattningen om hälsa, andel dagligrökare och andel med riskabla alkoholvanor.

## Skillnader i sjuklighet

Sjuklighet i form av andel äldre med psykisk ohälsa (diagnoskapitel F00-F99), diabetes (E10-E 14), högt blodtryck (I10-I15), KOL (J44), astma (J45) respektive kranskärslsjukdom (I20-I25) varierar mellan kommunerna. Ofta är det nästan dubbelt så vanligt i kommunen med högst andel jämfört med kommuner med lägst andel.

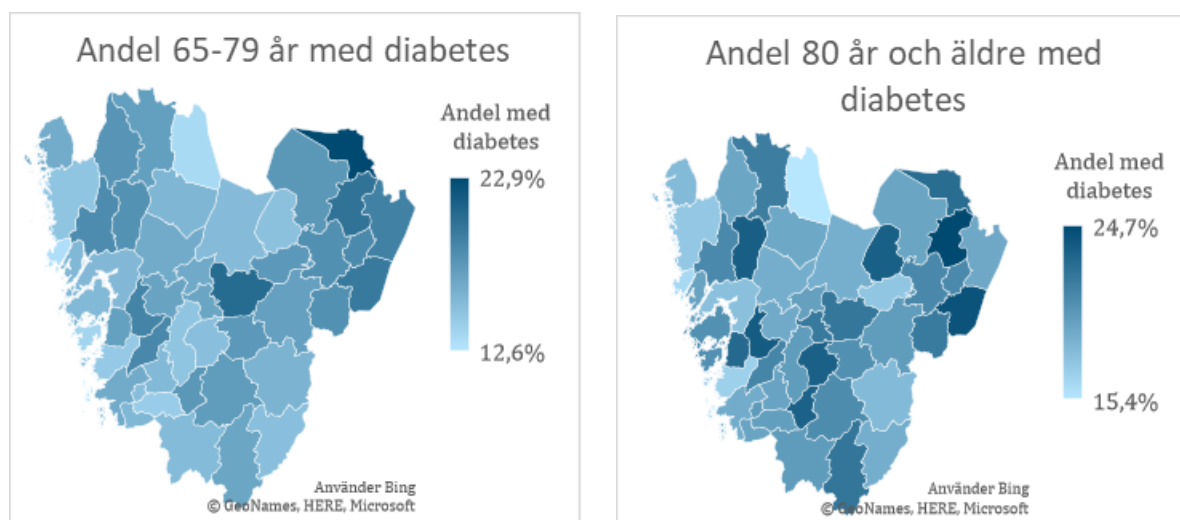
## Psykisk ohälsa

För invånare 65–79 år är psykisk ohälsa (diagnoskapitel F00-F99) vanligast i Göteborg (25,1 procent) och minst vanligt i Tranemo (14,4 procent). Invånare 80 år och äldre har störst andel psykisk ohälsa i Göteborg (45,0 procent) och lägst i Skara (24,4 procent).



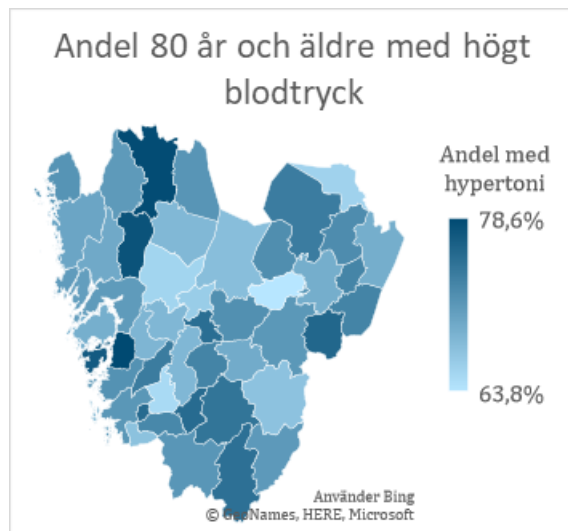
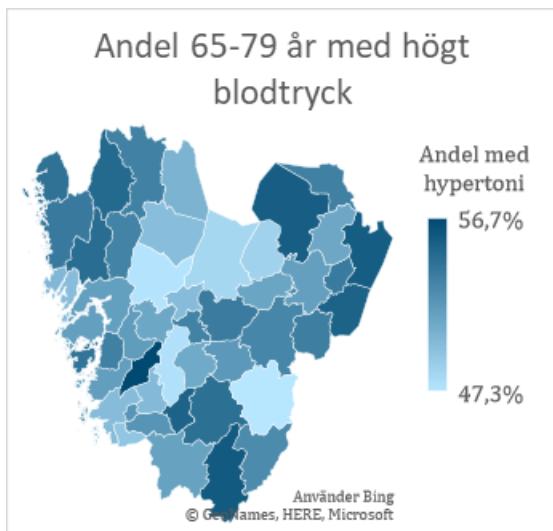
## Diabetes

Diabetes (diagnoskapitel E10-E 14) är vanligast i Gullspång (22,9 procent) och lägst i Sotenäs (13,1 procent) för invånare 65 till 79 år. För invånare 80 år och äldre är andelen med diabetes högst i Gullspång (24,7 procent) och lägst i Åmål (15,4 procent).



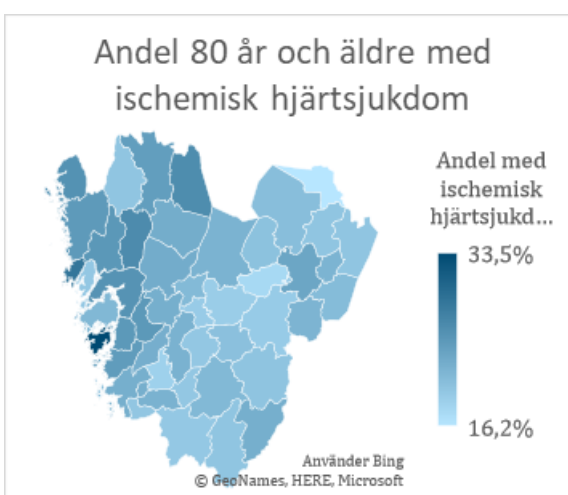
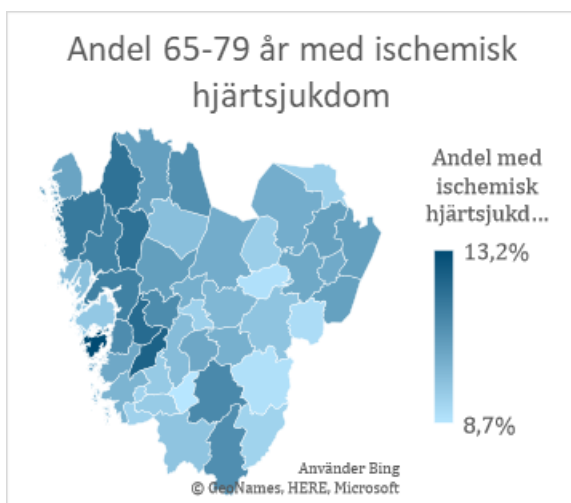
## Högt blodtryck

Högt blodtryck (diagnoskapitel I10-I15), är vanligast i Ale (56,7 procent) och minst vanligt i Ulricehamn (47,3 procent) för gruppen 65 till 79 år. För invånare 80 år och äldre är högt blodtryck vanligast i Stenungssund (78,6 procent) och minst vanligt i Skara (63,8 procent).



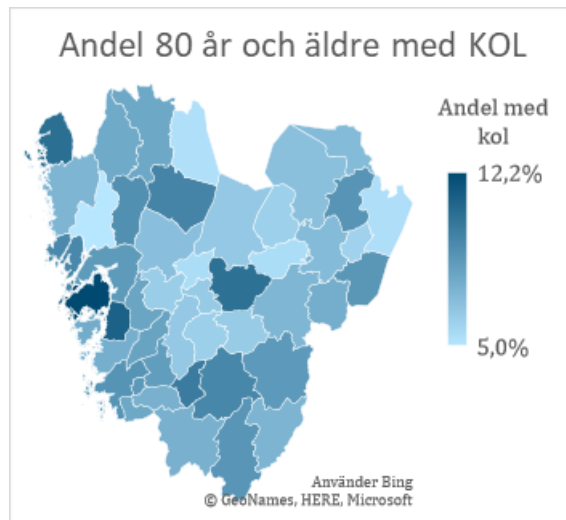
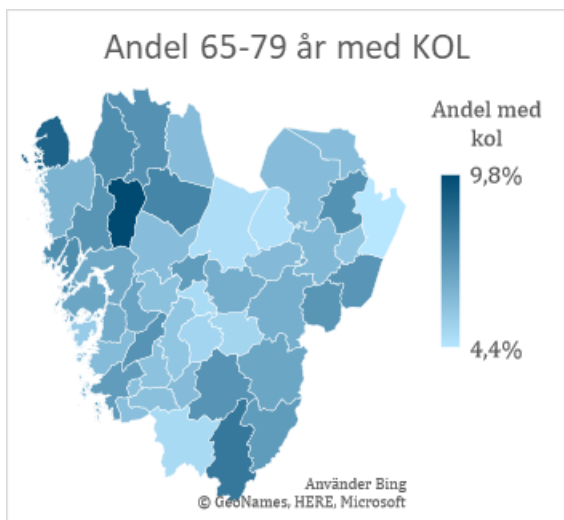
## Ischemisk hjärtsjukdom

Ischemisk hjärtsjukdom (Diagnoskapitel I20-I25) är vanligast på Tjörn (13,2 procent) och minst vanligt i Bollebygd (8,7 procent) för gruppen 65 till 79 år. För invånare 80 år och äldre är det vanligast på Tjörn (33,5 procent) och minst vanligt i Gullspång (16,2 procent).



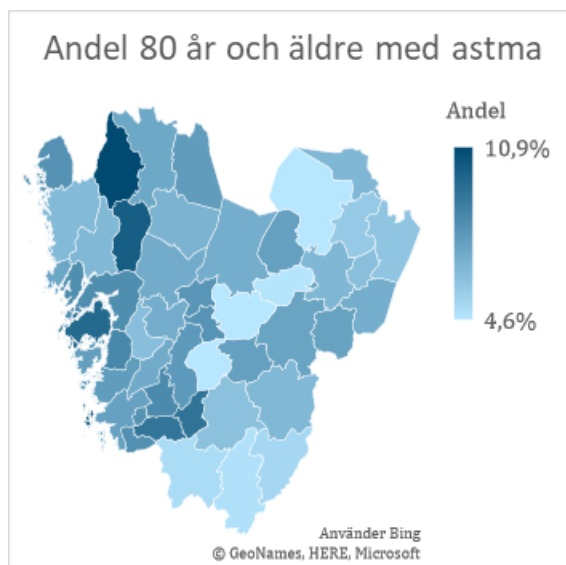
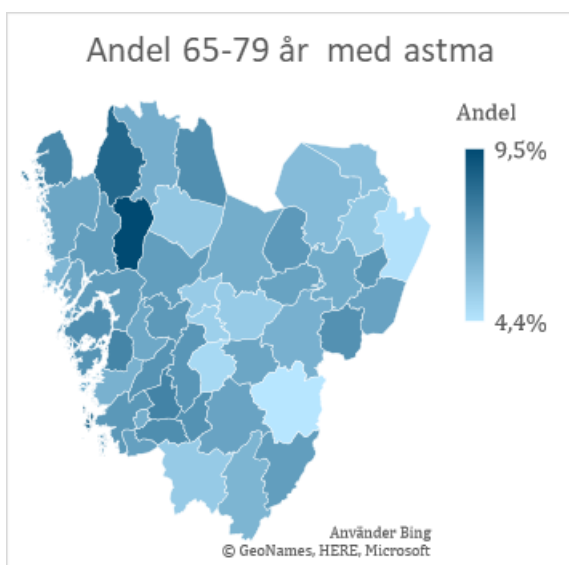
## Kronisk obstruktiv lungsjukdom

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (diagnoskapitel J44) är vanligast i Färgelanda (9,8 procent) och minst vanligt i Karlsborg (4,4 procent) för gruppen 65 till 79 år. För invånare 80 år och äldre KOL vanligast på Orust (12,2 procent) och minst vanligt i Munkedal (5,0 procent).



## Astma

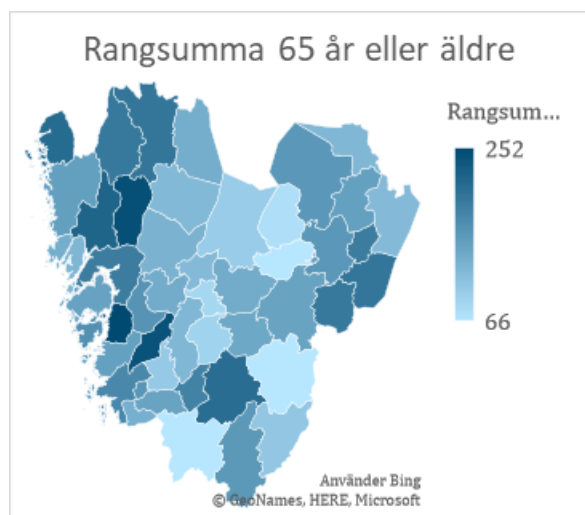
Astma (diagnoskapitel J45) är vanligast i Färgelanda (9,5 procent) och minst vanligt i Ulricehamn (4,4 procent) för gruppen 65 till 79 år. För invånare 80 år och äldre är astma vanligast i Dals-Ed (10,9 procent) och minst vanligt i Mariestad, Skara, Vara och Vårgårda (4,6 procent).





## Rangsumma

Det är svårt att urskilja geografiskt mönster för respektive sjukdomsgrupp. Om man rangordnar kommunernas andel med de olika studerade kroniska sjukdomarna och summerar så skapas en rangsumma. Det framträder då ett geografiskt mönster med hög kronisk sjuklighet i Bohuslän och nordvästra Dalsland, i Göteborg, Ale, Borås och delar av östra Skaraborg.



**Slutsats:** Sjukligheten i ovanstående beskrivning bygger på diagnoser det senaste året i det patientadministrativa registret VEGA och omfattar både specialistvård och primärvård. Registrerade diagnoser kanske inte helt överensstämmer med den faktiska sjukligheten, eftersom den förutsätter att invånarna verkligen söker vård för kroniska sjukdomar, samt att läkare diagnostiserar och registrerar diagnoser enligt beslutade rutiner.

## Tandhälsa och tandvård

Data om besök i tandvården och antal kvarvarande tänder har hämtats från Socialstyrelsens statistik för tandhälsa 2018 vilken omfattar statistik över tandvård som har utförts inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Statistiken är uppdelad i femårsklasser från 65 år till och med 85 år. Antal kvarvarande tänder har använts som ett mått på tandhälsa. Antal kvarvarande tänder minskar med åren. I Västra Götaland minskar antalet från i snitt 27 hos de yngsta (65–79 år) till 23 i den äldsta åldersgruppen (80 år och äldre). Snittet av antalet kvarvarande tänder varierar geografiskt med tendens till fler kvarvarande tänder för boende i Göteborg, Mölndal, Lerum, Alingsås och Lidköping och lägre antal i landsbygds-kommuner i delar av norra Dalsland, Bohuslän, Skaraborg och Södra Älvsborg.

Andel som har besökt tandvård det senaste året används för att jämföra tandvårdskonsumtionen på kommunal nivå. Andelen som har besökt tandvården år 2018 är för hela gruppen 65–79 år i snitt 74 procent och varierar från 63 procent i Gullspång till 81 procent i Lidköping. Sextioen procent av invånare 80 år och äldre har besökt tandvården år 2018 och andelen varierar mellan 44 procent i Lilla Edet och 69 procent i Essunga. Det finns vissa geografiska skillnader med tendenser till lägre tandvårdskonsumtion i delar av Bohuslän,



Dalsland och Skaraborg, samt högre i kommuner runt Göteborg och Skara, Lysekil, Lidköping och Essunga.<sup>17</sup>

Personer som har ett bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till intyg (N-intyg) om nödvändig tandvård (N-tandvård). En bedömning görs med hänsyn till den enskildes omvårdnadsbehov och allmäntillstånd. Förebyggande och akuta insatser är prioriterade samt behandling som förbättrar patientens förmåga att äta och tala. Data från VGR statistik om N-tandvård 2019 har delats in i gruppen 65–79 år och 80 år och äldre.

Andelen i gruppen 65–79 år som har fått N-tandvård år 2019 är 1,7 /100 invånare i snitt i Västra Götaland och varierar från 0,7 i Tidaholm och 2,5 i Herrljunga. Motsvarande andelar för gruppen 80 år och äldre är i snitt 11,1/100 invånare och varierar från 5,4 i Bengtsfors till 13,4 i Bollebygd och Essunga.

Personer som har funktionsnedsättning till följd av stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå behandling i tandvården på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, samt på grund av en sällsynt diagnos har stora svårigheter att sköta sin munhygien, att genomgå behandling i tandvården eller har orofaciala symtom kan ha rätt till intyg om F-tandvård.

F-tandvård beviljades år 2019 i snitt i VGR till 0,4/100 invånare i gruppen 65–79 år och varierar från 0,1 i Vårgårda till 0,8 i Hjo. Inga invånare 80 år och äldre hade år 2019 beviljats F-tandvård i Bollebygd, Svenljunga, Tanum och Dals-Ed, men 1,0/100 invånare har beviljats i Hjo och snitten i regionen är 0,4/100 invånare och år.

**Slutsats:** Tandhälsa och tandvårdskonsumtion i form av kvarvarande tänder respektive tandvårdsbesök senaste året visar delvis liknande mönster som övrig kroppslig ohälsa det vill säga lägre i landsbygdskommuner framförallt i delar av Dalsland och Bohuslän. Det går dock inte att se något geografiskt mönster avseende F- eller N-tandvård som skulle tyda på större behov i vissa delar av regionen, utan variationen beror troligen på olika rutiner att ansöka om F- respektive N-tandvård.

## Läkemedelsuthämtning

Uthämtning 2019 på kommunnivå av ett urval av vanliga läkemedel hos äldre har studerats. Dessa är läkemedel för behandling av depression, benskörhet, demens, höga blodfetter och blodproppsförebyggande läkemedel. Dessutom ingår andelen äldre med polyfarmaci definierat som uttag av fler än 10 läkemedel med unika (sjuställiga) ATC-koder. Polyfarmaci kan användas som markör för att patientens läkemedel behöver analyseras eftersom polyfarmaci kan tyda på alltför omfattande läkemedelsbehandling. Det viktigaste är dock att det är rätt läkemedel och inte antalet.

Dosdispenserade läkemedel är ett alternativ till den traditionella läkemedelshanteringen för personer med regelbunden och stabil medicinering, som inte kan klara sin läkemedels-hantering själv. Det är framförallt äldre med multisjuklighet och vid nedsatt kognitiv funktion som har dosdispenserade läkemedel.

<sup>17</sup><https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/tandhalsa/>

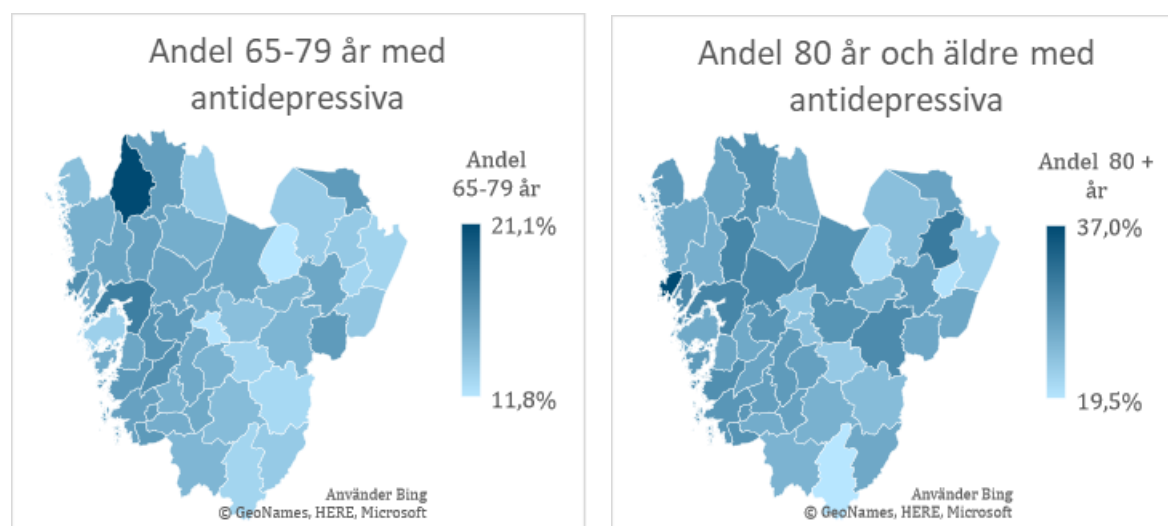
Läkemedelsgenomgång innebär att läkaren tillsammans med patienten går igenom aktuell läkemedelsbehandling. Det kan antingen ske för patient som flyttar in till särskilt boende eller skrivs in i hemsjukvården, när läkemedelsrelaterade problem misstänks eller vid inskrivning på sjukhus. Fördjupad läkemedelsgenomgång ska dessutom göras minst årligen samt vid inskrivning särskilt boende eller skrivs in i hemsjukvården. Andelen med läkemedelsgenomgång registrerat med KVÅ-koderna XV015 och/eller XV016 och data hämtas från VEGA.

En del läkemedel är sannolikt olämpliga för äldre personer och har en hög risk för biverkningar. Socialstyrelsen har sammanställt en lista på ”olämpliga läkemedel”, det vill säga läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. Andelen äldre med ”olämpliga läkemedel” har också studerats.

För alla studerade områden är det som förväntat högre andel i gruppen 80 år och äldre jämfört med gruppen 65–79 år. När det gäller andelen med ”olämpliga läkemedel”, dosdispenserade läkemedel polyfarmaci så tycks det finnas geografiska skillnader som kan bero på olika behandlingstraditioner. Andel äldre med läkemedelsgenomgång har störst variation, vilket kan bero på olika följsamhet till riktlinjen men också på olika rutiner för registrering.

### Antidepressiva

Uthämtningen av antidepressiva (ATC-kod N06A) varierar mycket för gruppen 65–79 år från 11,8 procent i Götene till 21,1 procent i Dals-Ed. För gruppen 80 år och äldre varierar uthämtningen från 19,5 procent i Svenljunga till 37,0 procent i Sotenäs.

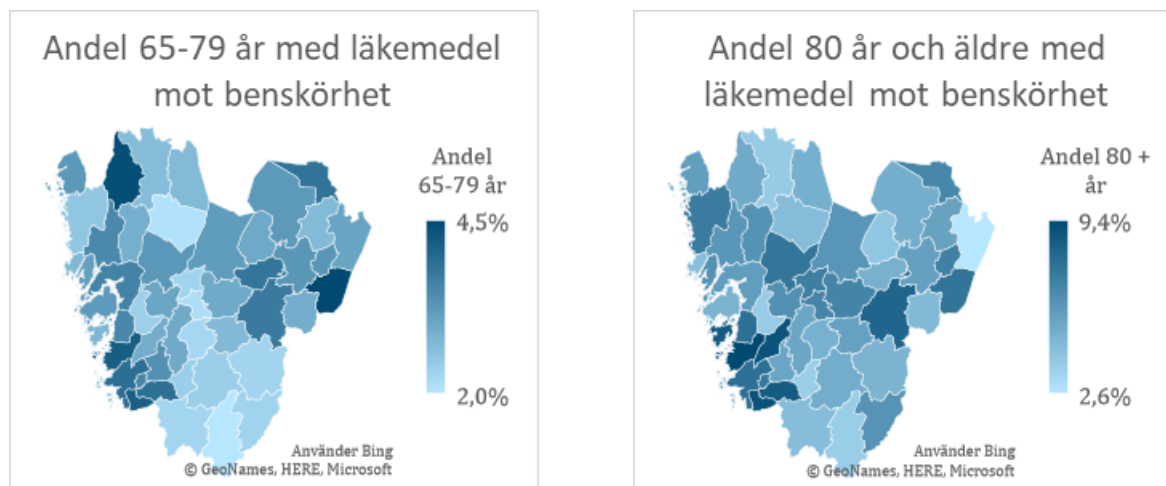


### Benskrörläkemedel

Uthämtningen av benskrörläkemedel (ATC-kod M05B), omfattar enbart receptläkemedel och inte den stora andelen rekvisitionsläkemedel vilket gör att data ska tolkas med stor försiktighet. Uthämtningen varierar från 2,0 procent i Svenljunga till 4,5 procent i Hjo för gruppen 65–79 år och för gruppen 80 år och äldre från 2,6 procent i Karlsborg till 9,4 procent i Kungälv. Uthämtningen ökar som förväntat med åldern.

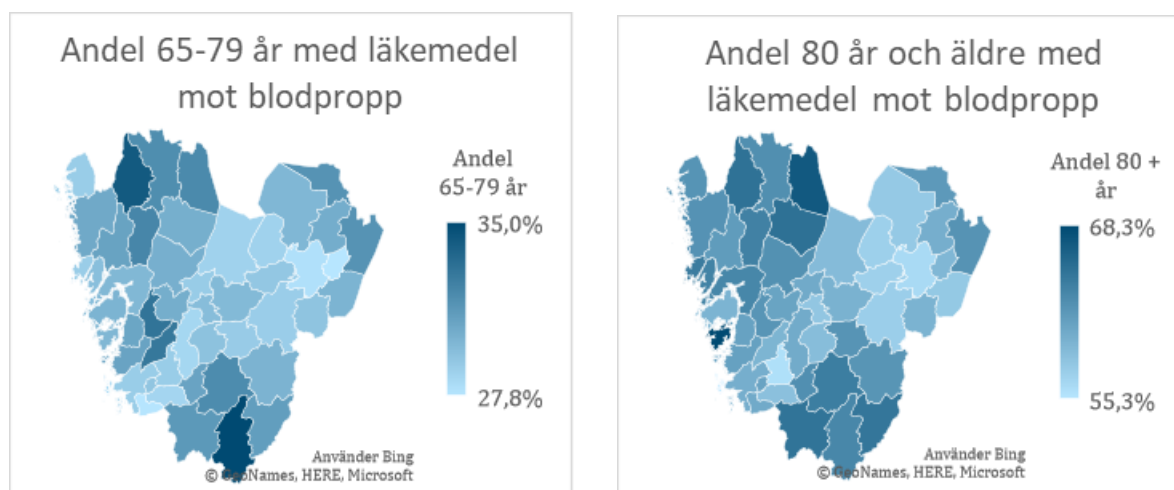
Uthämtningen av benskrörläkemedel tycks vara högre i Göteborg med kranskommuner, samt i delar av Skaraborg. Den högre uthämtningen i dessa områden kan förklaras av att

man har varit aktiv med frakturkedjearbete vilket innebär en satsning på identifiering av patienter med benskörhet och därmed uthämtning av benskörhetsläkemedel.



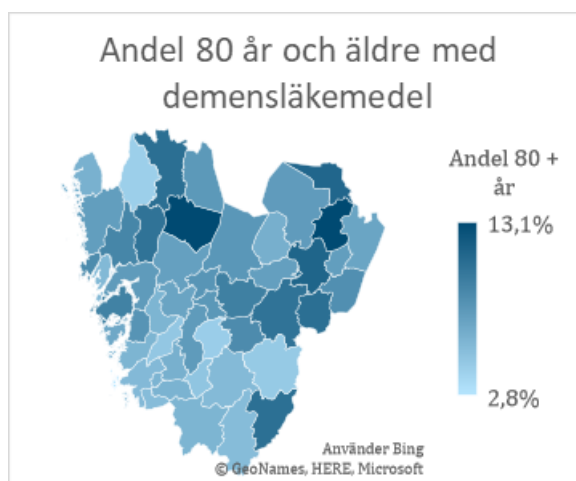
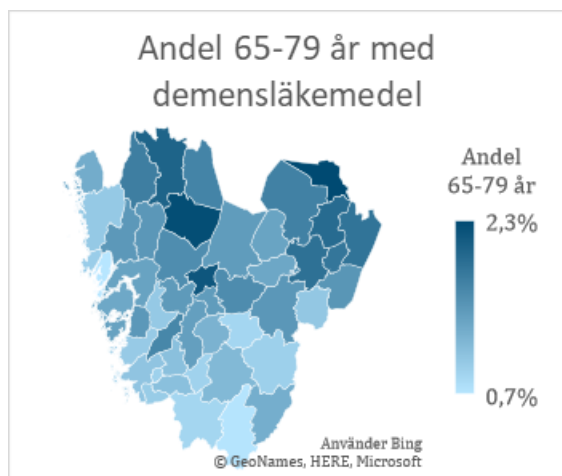
### Blodproppsförebyggande läkemedel

Blodproppsförebyggande läkemedel (ATC-kod B01) varierar från 27,8 procent i Tibro till 35,0 procent i Svenljunga för gruppen 65–79 år och för gruppen 80 år och äldre varierade uthämtningen från 55,3 procent i Öckerö till 68,3 procent på Tjörn. Uthämtningen och därmed förskrivningen tycks öka med åldern.



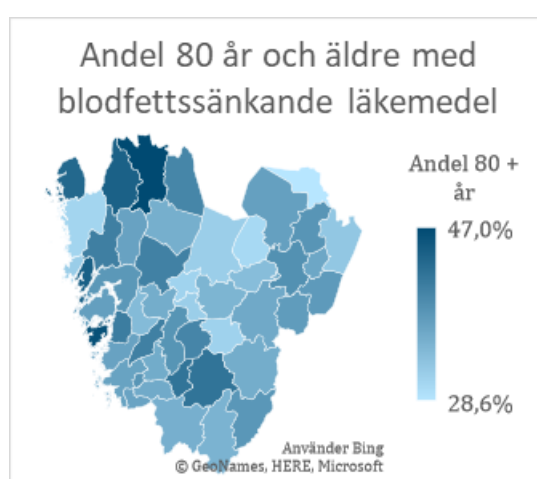
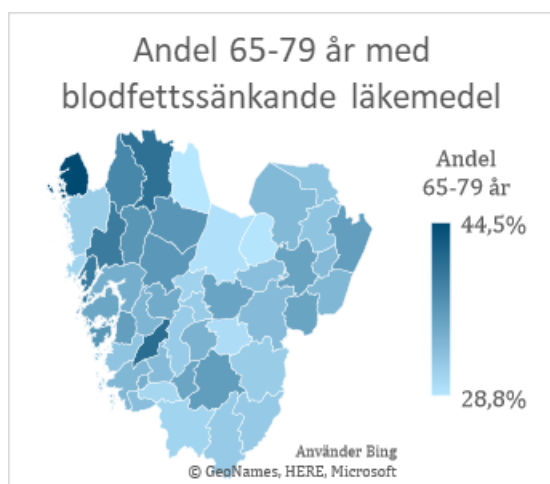
### Demensläkemedel

Uthämtningen av demensläkemedel (ATC-kod N06D) varierar och är lägst i Lysekil 0,7 procent och högst i Gullspång 2,3 procent för gruppen 65–79 år och för gruppen 80 år och äldre är den lägst i Öckerö 2,8 procent och högst i Töreboda 13,1 procent. Uthämtningen och troligen förskrivningen ökar som förväntat med åldern. Uthämtningen av demensläkemedel är högre i Skaraborg och Dalsland.



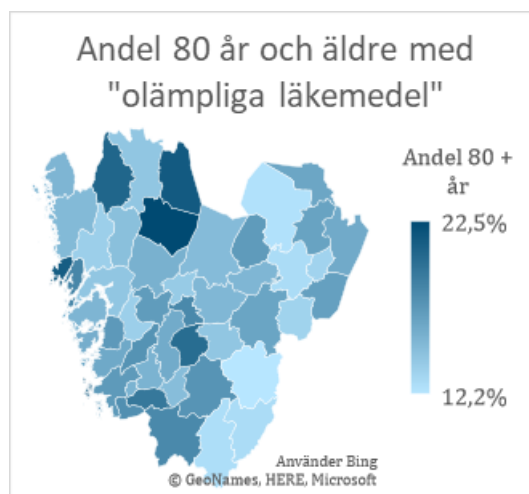
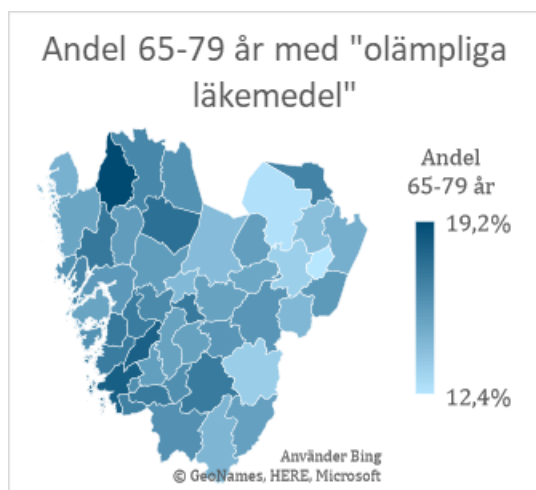
### Blodfettssänkande läkemedel

Blodfettssänkande läkemedel (ATC-kod C10AA), förskrivs olika ofta i regionens kommuner och är lägst i Åmål 28,8 procent och högst i Strömstad 44,5 procent för gruppen 65–79 år och för gruppen 80 år och äldre är uthämtningen lägst i Gullspång 28,6 procent och högst i Bengtsfors 47,0 procent. Uthämtningen är i stort sett lika för båda undersökta åldersgruppen och den tycks högre i Strömstad och Dalsland för båda åldersgrupper och Borås med omnejd för de äldsta.



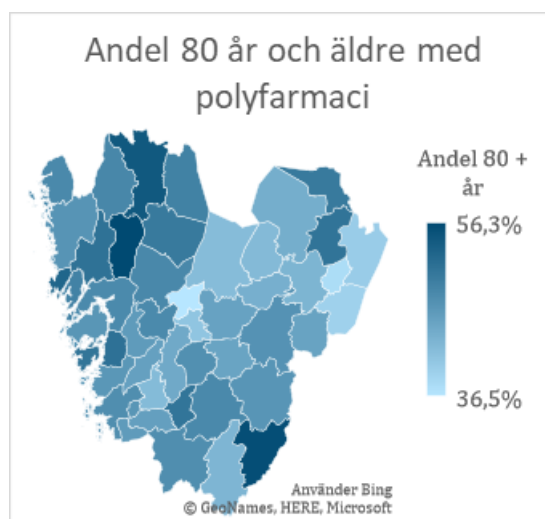
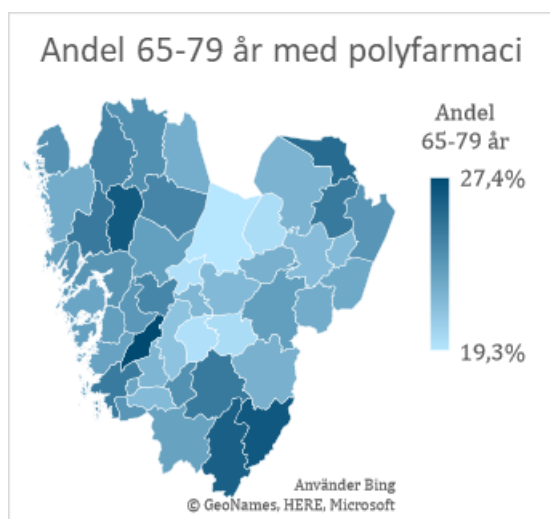
### ”Olämpliga läkemedel”

Olämpliga läkemedel enligt Socialstyrelsen förskrivs i lägsta andel till gruppen 65–79 år i Tibro 12,4 procent och högst i Dals-Ed 19,2 procent och för grupp 80 år och äldre är andelen lägst i Ulricehamn 12,2 procent och högst i Mellerud 22,5 procent. Uthämtningen och troligen förskrivningen är lika vanlig i båda åldersgrupperna. Uthämtningen är vanligast i Dalsland, delar av Bohuslän, Skaraborg och Borås.



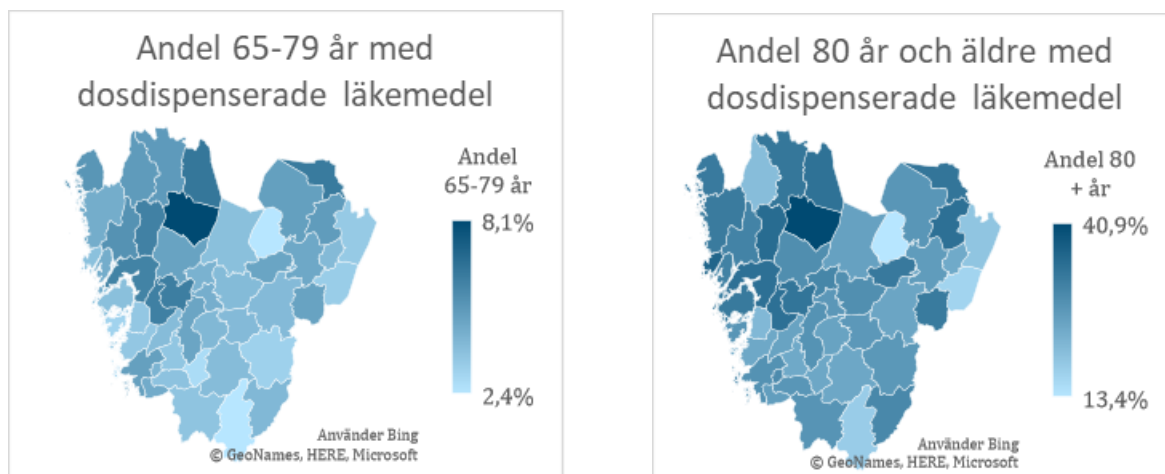
## Polyfarmaci

Polyfarmaci, det vill säga uttag av 10 eller fler läkemedel med unika (sjuställiga) ATC-koder, år 2019 var för gruppen 65–79 år minst vanlig i Lidköping 19,3 procent och vanligast i Ale 27,3 procent. För gruppen 80 år och äldre var det minst vanligt med polyfarmaci i Grästorps kommun 36,5 procent och vanligast i Färgelanda 56,3 procent. Polyfarmaci är vanligast i den äldsta åldersgruppen, vilket är ett förväntat resultat. Det är relativt stora skillnader för de äldsta med hög andel i Dalsland och i södra delen av Södra Älvsborg, samt nordöstra Skaraborg.



## Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel i gruppen 65–79 år varierar från 2,4 procent i Svenljunga och 8,1 procent i Mellerud. För gruppen 80 år och äldre varierar dosdispenserade läkemedel från 13,4 procent i Götene och 40,9 procent i Mellerud. Andelen med dosdispenserade läkemedel ökar kraftigt, som förväntat, med åldern. Det är oklart vad skillnaderna mellan kommunerna kan bero på.



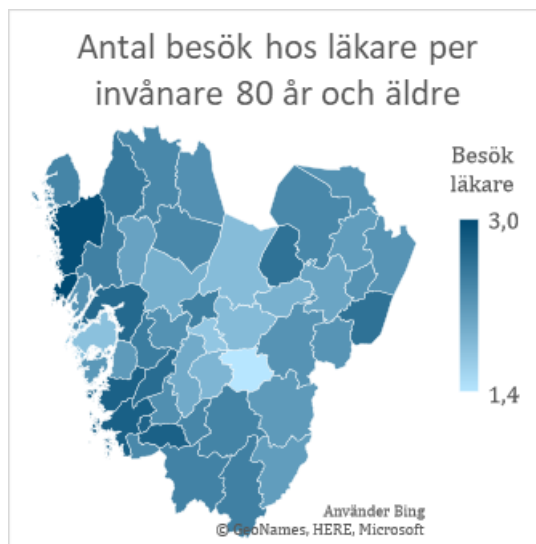
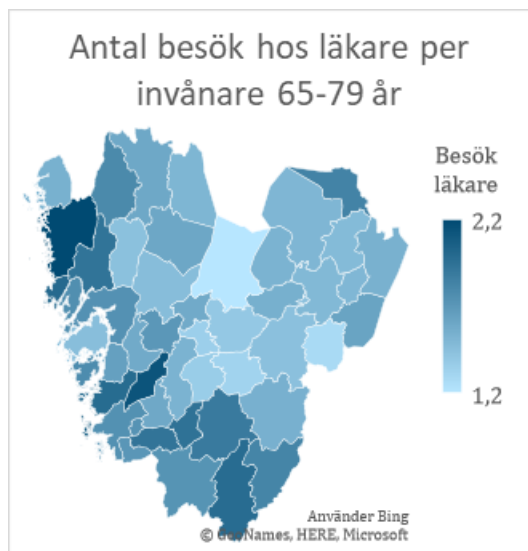
**Slutsatser:** De data som redovisas avser uthämtade läkemedel och inte förskrivning, så vi vet inte säkert om det handlar om förskrivningsskillnader eller att invånare är olika benägna att hämta ut förskrivna läkemedel. Vi antar dock att det finns ett starkt samband mellan förskrivning och uthämtning. Skillnader i förskrivning kan självklart bero på att det finns reella skillnader i sjukligheten till exempel läkemedel vid hjärtskälsjukdom såsom antikoagulantia, blodtrycks- och blodfettssänkande läkemedel. Dock kvarstår det omotiverade skillnader som kan bero på bristande kunskap om evidensbaserad behandling.

## Vårdkontakter 2019

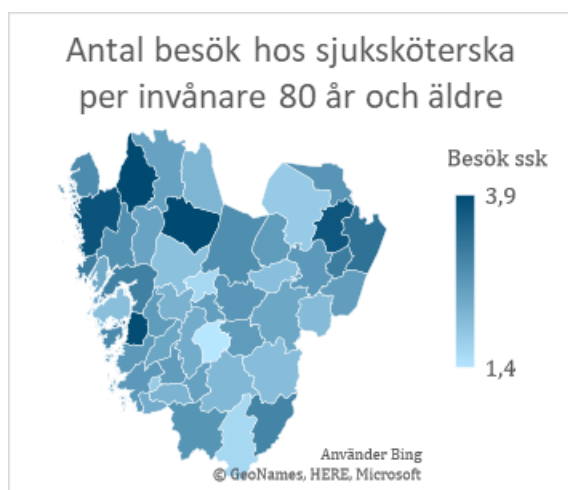
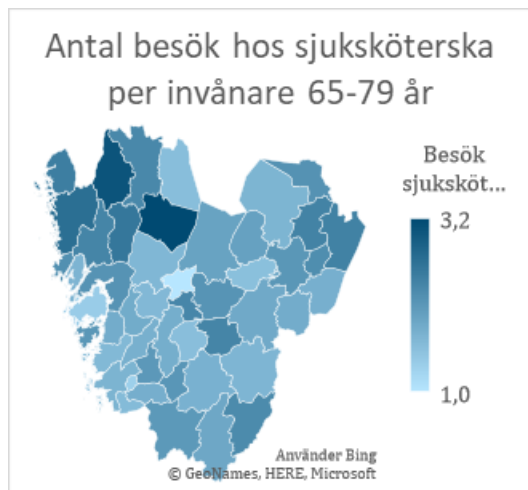
### Vårdval vårdcentral

Nedan redovisas fysiska besök och inte indirekta besök. Läkarbesöken på vårdcentral är lägst för åldersgruppen 65–79 år i Lidköping och Tidaholm (1,2 besök/år) och högst i Ale och Tanum (2,2 besök/år). Läkarbesöken för invånare 65–79 år tycks vara lägst i delar av Skaraborg och Södra Älvsborg och vanligast i norra Bohuslän och i södra delen av Södra Älvsborg, samt i Kungälv och Ale och. Invånare 80 år och äldre har lägst antal besök i Herrljunga (1,4 besök/år) och högst i Sotenäs (3,0 besök/år). Det geografiska mönstret är inte så tydligt, men invånare i delar av Skaraborg och Södra Älvsborg tycks ha färre besök än invånare i kommuner västra delen av Västra Götaland.

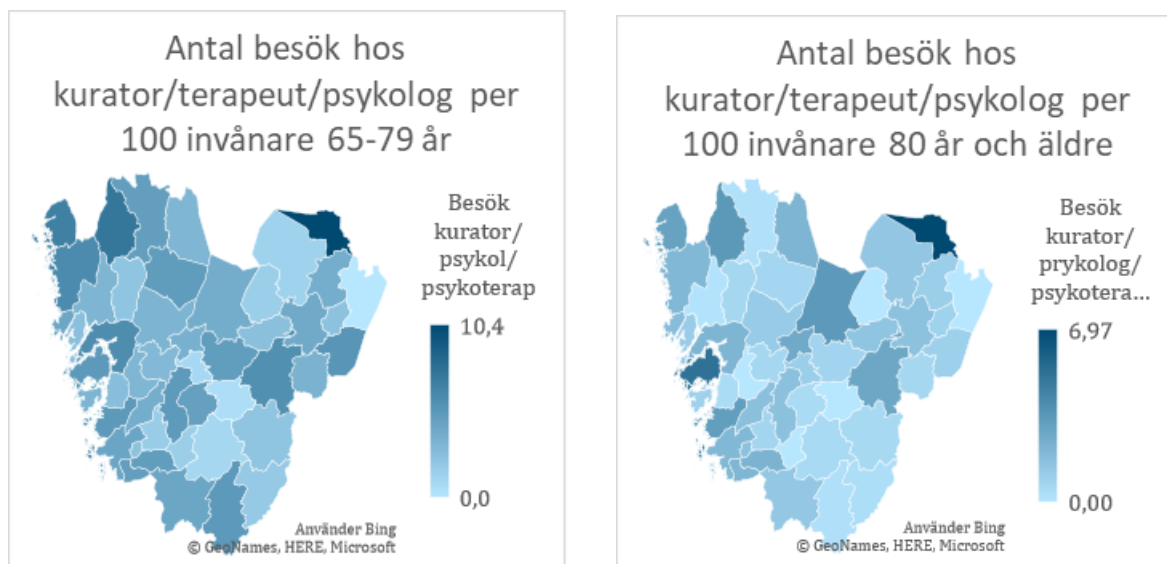




Minst antal sjuksköterskebesök görs av gruppen 65–79 år i Grästorp (1,6 besök per år) och flest i Mellerud (3,2 besök/ år). Gruppen 80 år och äldre har minst antal besök i Vårgårda (1,4 besök/ år) och flest besök i Dals-Ed och Mellerud (3,9 besök/år). Variationen tycks framförallt bero på att enskilda kommuner har lågt respektive högt antal sjuksköterskebesök.



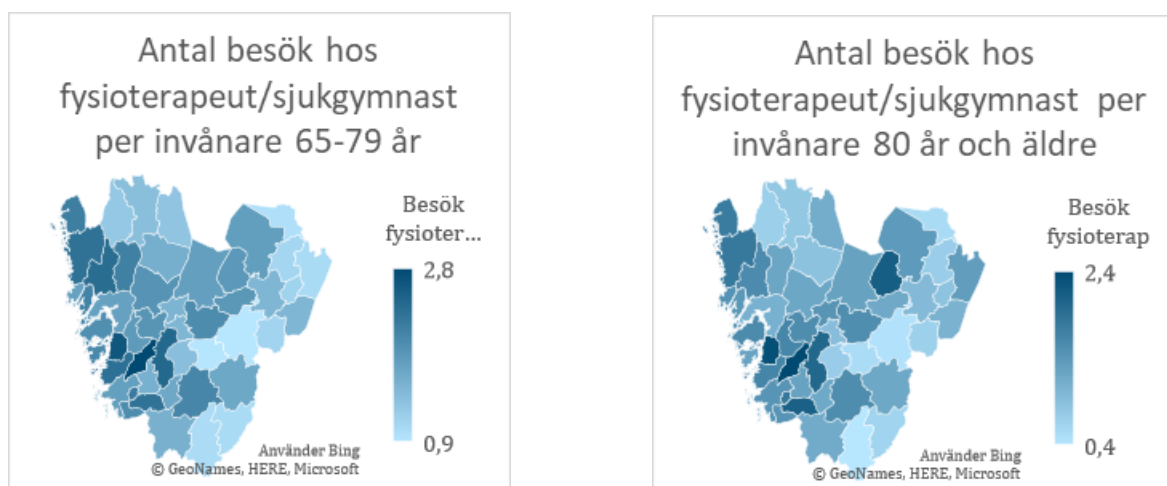
Den äldre åldersgruppen har färre besök hos kurator/terapeut/psykolog. Gruppen 65–79 år gör inga besök hos kurator/terapeut/psykolog i Karlsborg, men högst antal besök i Gullspång (10,4 besök/100 invånare/år). Invånare 80 år och äldre har inte gjort några besök alls i Bollebygd, Götene, Lilla Edet, Herrljunga och Karlsborg, men högst antal besök har gjorts i Gullspång (7 besök per 100 invånare/ år). Skillnaderna mellan antal besök kan bero på att enskilda kommuner/vårdcentraler som har god respektive dålig eller ingen tillgång på kurator/terapeut/psykolog.



**Slutsats:** Variationerna mellan kommuner avseende läkar-, sjuksköterske- och kurator/terapeut/psykologbesök är större än förväntat och är förvånande eftersom alla vårdcentraler har samma uppdrag och alla invånare ska ha lika tillgång till vård på vårdcentral. Skillnader kan troligen delvis förklaras av bristande bemanning på vårdcentral framförallt avseende fasta läkare och kurator/terapeut/psykolog. Skillnader kan också bero på att vissa vårdcentraler har stor andel icke fysiska vårdkontakter, till exempel med brev, telefon och digitalt. Dessa kontakter ingår inte i de redovisade vårdkontakterna.

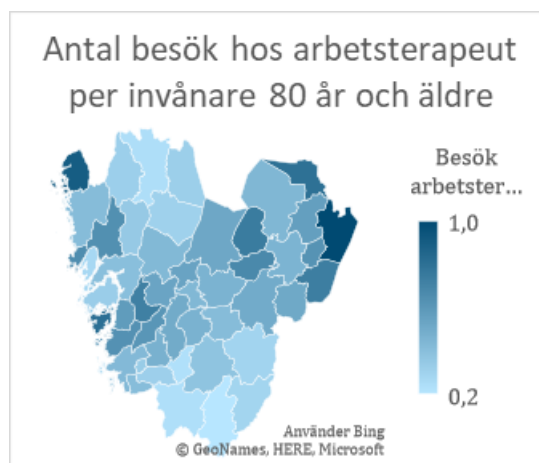
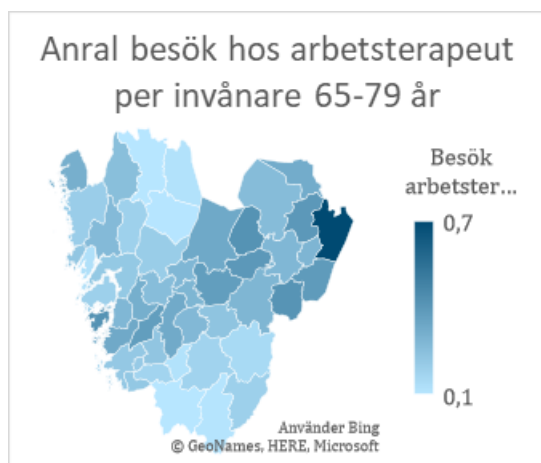
## Vårdval rehab

Fysioterapibesöken inom vårdval rehab och för fysioterapeuter som har avtal enligt LOF för åldersgruppen 65–79 år har lägst antal Falköping och Herrljunga (0,9 besök/invånare och år) och högst antal i Ale (2,8 besök/invånare/år). För åldersgruppen 80 år och äldre är fysioterapibesöken lägst i Falköping och Svenljunga (0,4 besök/invånare/år) och flest i Ale (2,4 besök/invånare/år).

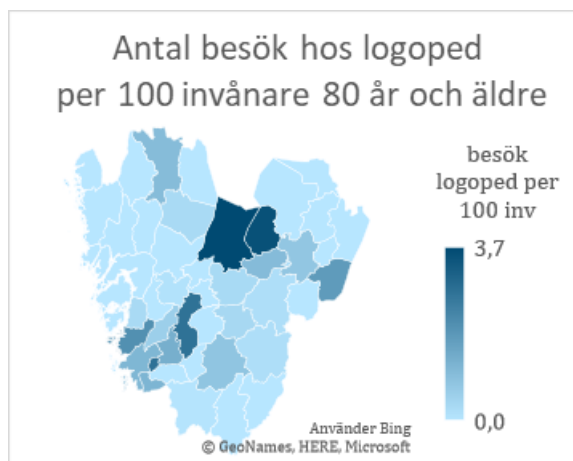
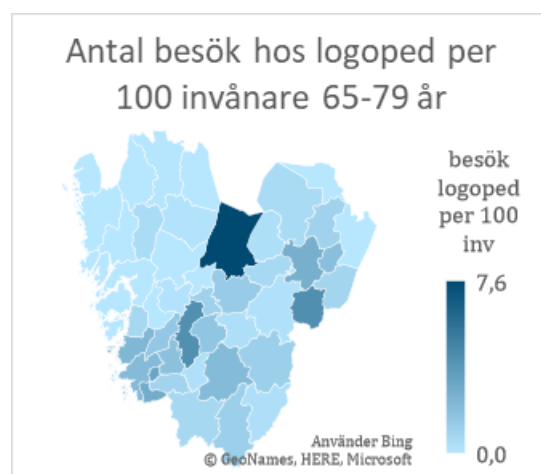




För åldersgruppen 65–79 år är det flest arbetsterapibesök i Karlsborg (0,7 besök / år och lägst antal i Mark, Bengtsfors, Mellerud, Svenljunga, Bollebygd, Åmål och Lysekil (0,1 besök/år). Invånare 80 år och äldre har flest arbetsterapibesök i Ale (0,6 besök/år) och lägst antal i Svenljunga (0,2 besök/ år). De tycks som äldre gör färre besök hos arbetsterapeut i Dalsland och i Södra Älvsborg.



Logopedbesök inom vårdval rehab för invånare 65 till 79 år har oftast genomförts i Lidköping (7,6 besök/100 invånare/år), men inga besök alls i 16/49 kommuner. Logopedbesök görs mer sällan för invånare 80 år och äldre. Högst antal besök gjordes i Lidköping (3,7/100 invånare/år) och inga besök alls gjorts i 28 av 49 kommuner. Det tycks som om tillgången på logoped inom vårdval rehab inte är lika i alla kommuner.



**Slutsats:** Skillnaderna speglar nog mestadels tillgång till fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logoped och inte skillnader mellan invånares behov. Skillnaderna är dock större än förväntat.

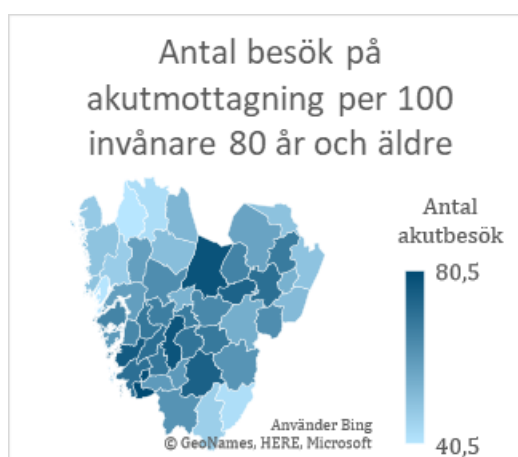
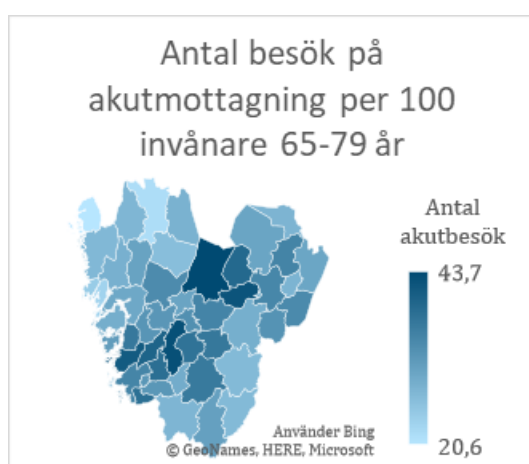
## Akutvård, öppen specialistvård, slutenvård på sjukhus och geriatrisk vård

Enbart besök och inte indirekta kontakter har studerats. Jämförelse av äldres antal besök på akutmottagningar på sjukhus, närakuter och jourcentraler liksom besök i öppen specialistvård och slutenvård har studerats för kommunerna i Västra Götaland för 2019 (VEGA).

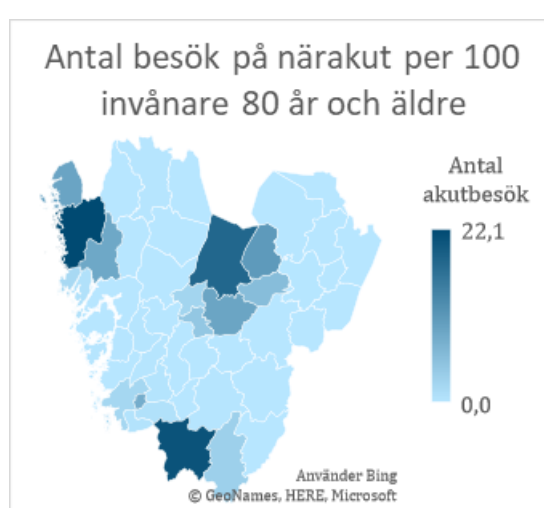
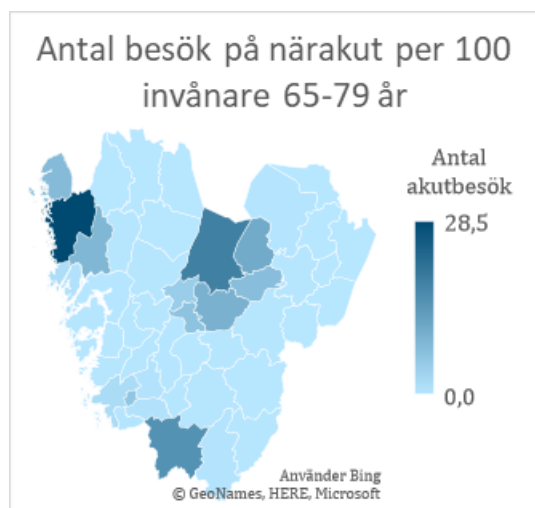
### Akutbesök

Patienter kan vid behov söka akutmottagningar, närakuter och jourcentraler själva, men kan också remitteras till akutmottagning.

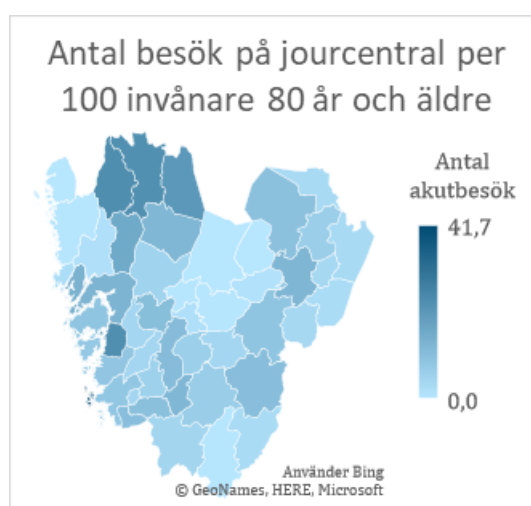
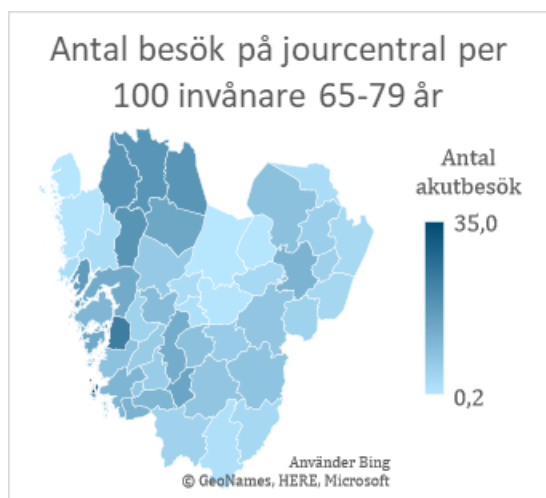
Akutmottagningsbesök görs i snitt 33,9 per 100 invånare 65–79 år och år. Antalet varierar från 20,6 i Strömstad till 43,7 i Lidköping. Gruppen 80 år och äldre gör i snitt 66,4 besök per 100 invånare och år och antalet varierar från 40,5 i Dals-Ed till 80,5 i Mölndal. Lägst antal besök görs av invånare i nordvästra respektive östra delarna av Västra Götaland.



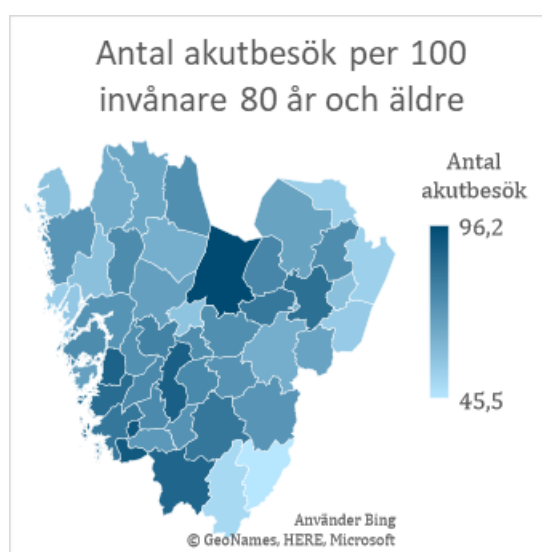
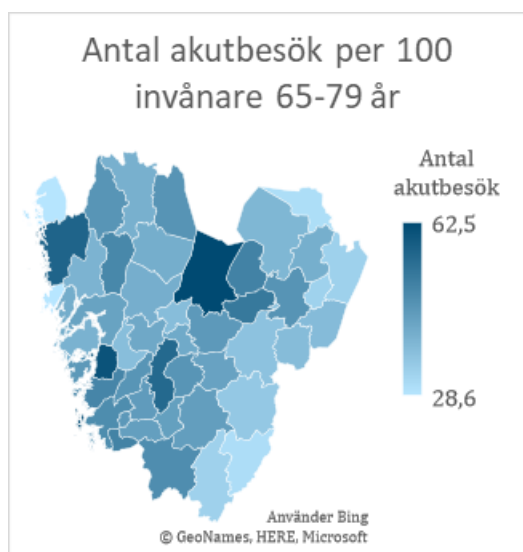
Närakuter fanns 2019 i Tanum, Skene, Lidköping och på Östra sjukhuset. Det är framförallt invånare i dessa kommuner eller i angränsande kommuner som har sökt på närakuter. I övriga kommuner har väldigt få sökt på närakuter. I snitt i Västra Götaland gjordes 24 närakutsbesök/100 invånare/år av gruppen 65–79 år och flest besök av boende i Tanum. I snitt gjordes 25 besök/ 100 invånare/år av gruppen 80 år och äldre och flest besök gjordes av boende i Tanum 22,1 besök/100 invånare/år.



Det finns drygt 20 jourcentraler i Västra Götaland. I kommuner med närakuter är det färre besök på jourcentraler. I snitt i Västra Götaland gjordes 9,4 akutbesök/100 invånare och år på jourcentralerna av gruppen 65–79 år och flest besök gjordes på Öckerö (35,0 besök/100 invånare/år) och i Stenungssund. Gruppen 80 år och äldre hade i snitt i 8,4 besök/100 invånare/år av gruppen 80 år och äldre och var likaså högst på Öckerö (41,7 besök/100 invånare/år).



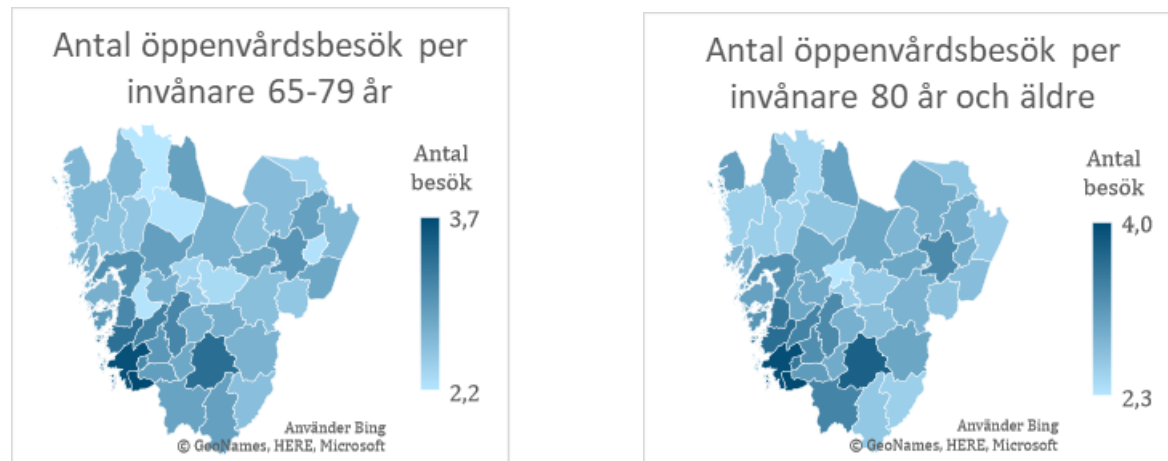
Finns det geografiska skillnader för antalet akutbesök när man summerar akutmottagningsbesök, närakutbesök och jourcentralbesök? För gruppen 65 år och äldre var i snitt det totala antalet akutbesök 46,7 besök/100 invånare/år och varierade mellan 28,6 besök/100 invånare/år i Strömstad till 62,5 besök/100 invånare/år i Lidköping. Gruppen 80 år och äldre gjorde i snitt 77,3 akutbesök/100 invånare/år och det varierade från 45,5 akutbesök/100 invånare/år i Tranemo till 96,2 akutbesök/100 invånare/år i Lidköping.



**Slutsats:** Antalet akutmottagningsbesök ökar med åldern vilket är förväntat eftersom äldre är sjukare. Högst antal akutmottagningsbesök görs av invånare i kommuner med eller nära akutsjukhus. Närakuter besöks likaså av invånare i närheten. Det är svårt att se något geografiskt mönster när det gäller besök på jourcentral. De olika akutvårdsverksamheterna skulle kunna utjämna skillnader i akutvårdsbesök som beror på avstånd, men även det totala antalet akutbesök är ojämnt fördelade. Förekomst av kronisk sjuklighet, som redovisats tidigare i rapporten, visar inget samband mellan högt antal akutbesök utan det tycks som om närhet till närakuter och sjukhus med akutmottagning ökar antalet besök.

## Öppen specialistvård

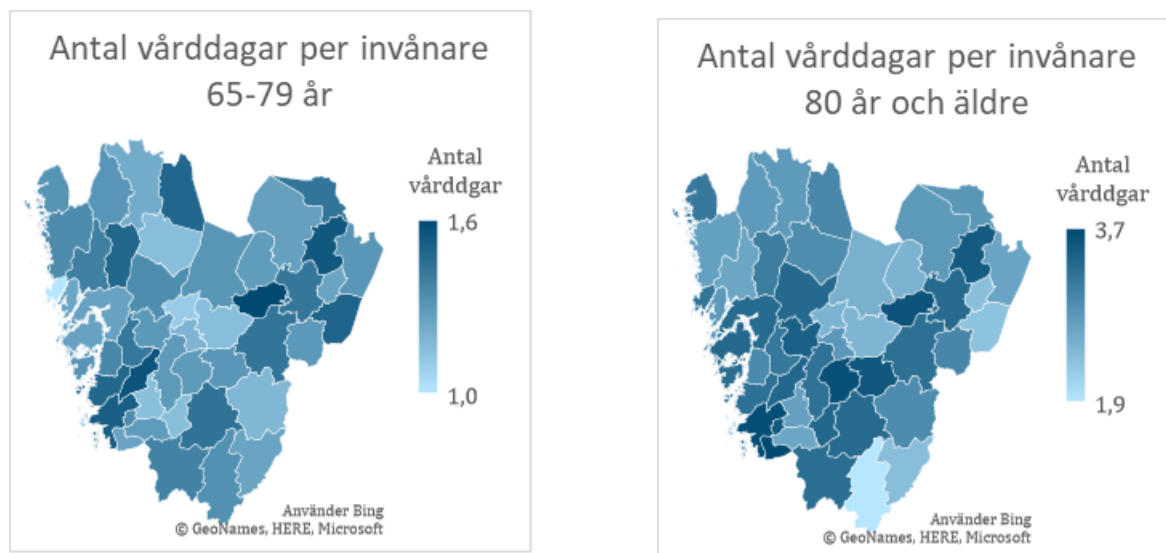
Vanligtvis krävs remiss i första hand från vårdcentralsläkare för att få träffa specialist i öppenvård första gången, men därefter är det specialistvården som bedömer om patienterna även fortsättningsvis ska följas upp och behandlas i specialistvård eller på vårdcentral. Antal öppenvårdsbesök i specialistvård per invånare är i gruppen 65–79 år i snitt 3,1 besök/år och varierar från 2,2 besök/år i Bengtsfors, Lilla Edet, Mellerud och Tibro till 3,7 besök/år i Mölndal. I gruppen 80 år och äldre är snittet 3,4 besök/år och varierar från 2,3 besök/år i Grästorps till 4,0 besök/år i Göteborg och Mölndal. Det finns liknande geografiska skillnader för båda åldersgrupperna det vill säga låga antal besök i nordvästra respektive östra delen av Västra Götaland, samt högre antal besök i kommuner med större sjukhus.



**Slutsats:** De båda grupperna har i stort lika många besök inom specialistöppenvård trots att äldre är sjukare. Vi vet inte om det beror på de äldsta i mindre utsträckning remitteras eller om de inte efterfrågar eller avstår från specialistöppenvård. Det tycks som om närhet till större sjukhus ökar antalet öppenvårdsbesök i specialistvården. En förklaring kan vara att äldre invånare i kommuner långt från sjukhus oftare utreds och behandlas på vårdcentraler, medan invånare i kommuner nära sjukhus oftare remitteras till sjukhus för motsvarande sjukdomstillstånd. Skillnaderna kan dock bero på under- och eller överkonsumtion i kommuner långt från respektive nära sjukhus.

## Slutenvård på sjukhus

Antal slutenvårddagar per invånare i gruppen 65–79 år är i snitt 1,4 i Västra Götaland och varierar från 1,0 i Sotenäs till 1,6 i Skara. Gruppen 80 år och äldre har i snitt 1,87 vård dagar per invånare och det varierar från 1,9 i Svenljunga till 3,7 i Mölndal.



**Slutsats:** Skillnader i antal slutenvårdsdagar är störst för gruppen 80 år och äldre. En delförklaring kan vara den nya lagstiftningen om trygg och säker hemgång och olika kommuners möjlighet att snabbt ta hem patienter 2019. Antalet vård dagar ökar med närhet till sjukhus vilket kan bero på under- eller överkonsumtion i kommuner långt från respektive nära sjukhus.

## Geriatrisk vård

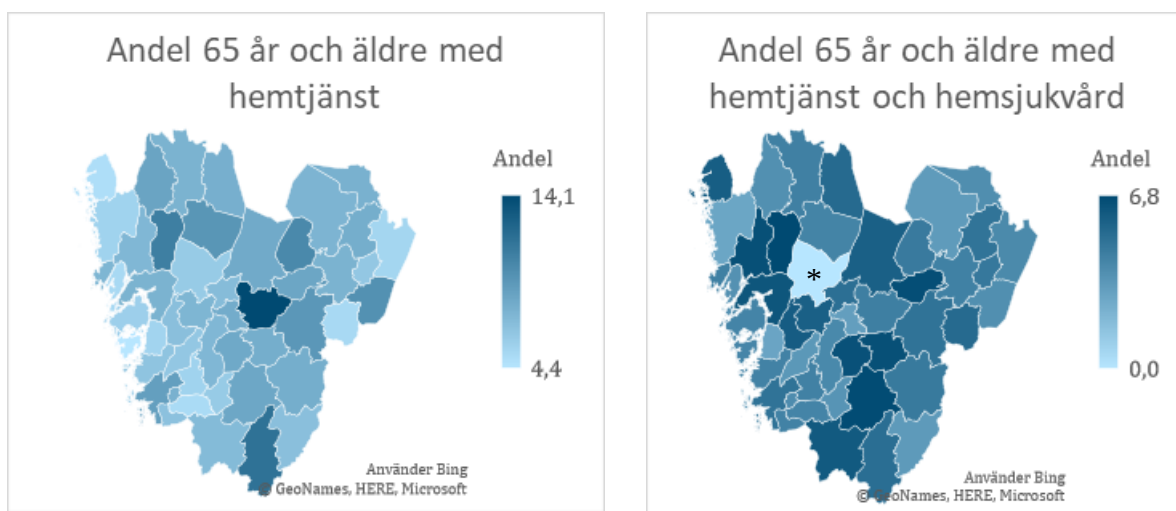
Det finns ett fåtal avdelningar specialiserade på geriatrisk vård och rehabilitering på Sahlgrenska universitetssjukhuset och på sjukhusen i Väst/Kungälv's sjukhus. På övriga sjukhus vårdas "geriatriska patienter" mestadels inom internmedicin och eller inom slutenvårdsrehabilitering, men oftast utan tillgång till personal med formell geriatrisk specialistkompetens.

Mobila närsjukvårdsteam har mestadels geriatriska patienter och finns på alla akutsjukhus och på Angereds närsjukhus och kan bemannas av läkare med formell geriatrisk kompetens. Geriatriska läkare tjänstgör också inom primärvården oftast med hemsjukvård och vård av boende på särskilda boenden.

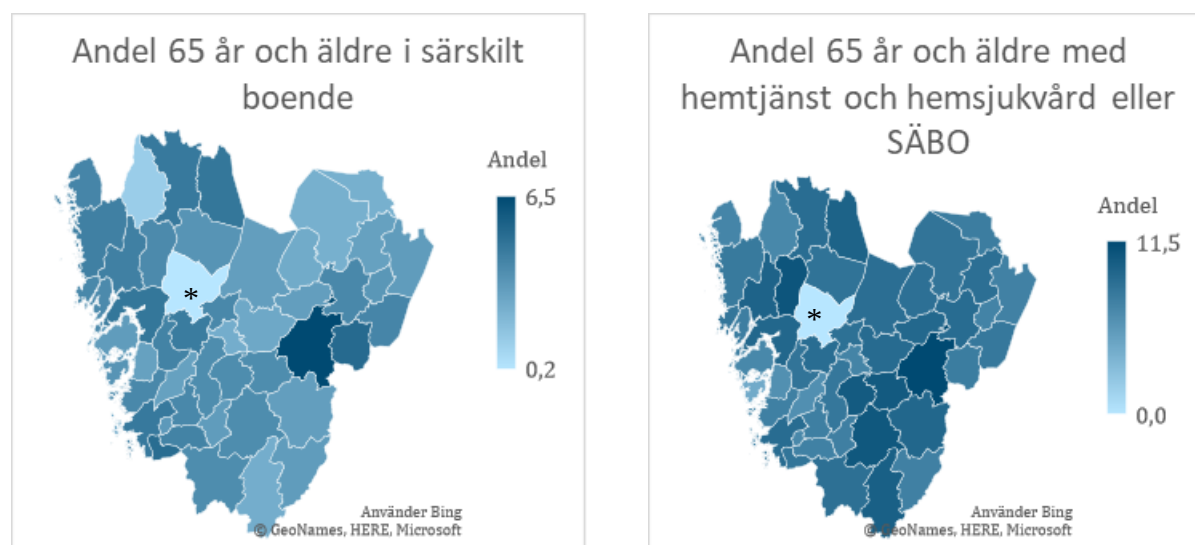
**Slutsats:** Äldre invånare i Västra Götaland har inte lika tillgång till geriatrisk kompetens. Behovet av geriatrisk kompetens kommer att redovisas i separat rapport inom uppdraget.

## Kommunal vård och omsorg

Enligt socialstyrelsens statistik om socialtjänst<sup>14</sup> så är andelen 65 år och äldre med hemtjänst 2018 i snitt 7,7 procent och varierade mellan 4,4 procent på Tjörn till 14,1 procent i Vara. Andelen 65 år och äldre med hemtjänst och någon form av hemsjukvård var i snitt 4,7 procent och varierade mellan 2,8 procent i Tidaholm till 7,5 procent i Svenljunga



Andelen 65 år och äldre med särskilt boende var i snitt 4,0 procent och var 1,2 procent i Dals-Ed och 6,5 procent i Falköping. Om man lägger ihop antalet 65 år och äldre med hemtjänst och hemsjukvård med de som bor i särskilda boenden så varierar det mellan 6,4 procent på Tjörn till 11,5 procent i Falköping.



**Slutsats:** Variationen av andelen äldre med kommunala insatser varierar mycket och det går inte att urskilja geografiska mönster eller samvariation med sjuklighet. Det går inte heller att se om kommuner med många SÄBO-platser har färre äldre invånare med hemtjänst och hemsjukvård eller vice versa. Variationen bedöms bero på kommunernas traditioner och ekonomi.

*\*Den låga andelen hemsjukvård och SÄBO i Vänersborg bedöms inte vara reell utan beror troligen på brister i rapporteringen till Socialstyrelsen.*

## Slutsatser och förslag till åtgärder

Kartläggningen visar att äldres hälsa och vård inte är jämlik i Västra Götaland. Den ojämlika hälsan har många förklaringar och är ofta ett resultat av ohälsosamma förhållanden och levnadsvanor i yngre dagar och är svåra att påverka på äldre dagar. Vården bör dock vara utformad för att om möjligt minska konsekvenserna av tidigare förvärvad ohälsa och genom proaktivitet, sekundärprevention och god evidensbaserad vård minska risken för kommande ohälsa hos äldre.

### Ojämlik hälsa och vård av äldre

Kartläggningen visar stora omotiverade skillnader mellan invånare i Västra Götalands kommuner avseende sjuklighet, vårdkontakter, slutenvård, läkemedelsbehandling, tandvård och tandhälsa och tillgång till kommunal hälso- och sjukvård. Ohälsan är högst i landsbygdskommuner och framförallt i nordväst, men vårdkonsumtionen är högst i kommuner nära större sjukhus.

Fortsatt satsning på nära vård bedöms kunna minska den ojämlika vården av äldre och därmed förbättra hälsan hos de med störst ohälsa. Nära vård innebär ökad tillgång till vård i perifera landsbygdskommuner och kan minska efterfrågan på akutvård och slutenvård i kommuner med sjukhus.

Förslag:

- Fortsatta satsningar på mobila verksamheter för somatisk sjuklighet (mobil närvård), palliativ vård och inom psykiatri för mer jämlik tillgång till specialistvård.
- Digitala lösningar anpassade till äldre för att öka tillgänglighet till specialistöppenvård och primärvård. Ökat stöd till hemmonitorering.
- Ökat stöd till egenvård.
- Satsning på teambaserad proaktiv och personcentrerad vård med hög kontinuitet på vårdcentraler, samt ha god samverkan med övrig hälso- och sjukvård för att tidigt identifiera ohälsa och minska komplikationer vid kronisk sjukdom.
- Förbättra samverkan med kommunal hälso- och sjukvård
- Säkra bemanningen på vårdcentraler i landsbygdskommuner och andra kommuner eller stadsdelar med bemanningsproblem genom att göra arbetet på dessa vårdcentraler mer attraktivt till exempel som

”utvecklingsvårdcentraler” som bedriver utvecklings-, utbildnings- och forskningsprojekt.

- Fortsatt kvalitetsuppföljning av Nära vårdsatsningar

### **Vård av äldre är ofta inte evidensbaserad**

Kartläggningen visar att behandling av kroniska sjukdomar hos äldre varierar stort och är ofta inte evidensbaserad vilket kan bero på bristande geriatrisk kompetens det vill säga kunskap de äldres sjukdomar och behandling men också på bristande kunskap om det normala åldrandet och dess påverkan på behandlingar. En separat utredning av överläkare Simina Gherman kommer att redovisas i december 2020 och omfattar ytterligare förslag till åtgärder för att öka den geriatriska kompetensen.

Förslag:

- Öka den geriatriska kompetensen, det vill säga bland annat kunskap om evidensbaserad vård av äldre, i vårdvalens enheter i primärvården och i stora delar av specialistvården.
- Gemensam satsning i vårdssamverkan på geriatrisk kompetensutveckling inom såväl primärvård som kommunal hälso- och sjukvård
- Fortsatt satsning på kunskapsstyrningsorganisationen och *personcentrerade sammanhållna vårdförlopp* kommer att kunna bidra till jämlikare evidensbaserad vård av äldre.
- Riktad kvalitetsuppföljning av evidensbaserad vård av äldre.

### **Vård vid psykisk ohälsa hos äldre är ofta inte evidensbaserad samt ojämlik**

Kartläggningen visar att äldre har färre vård dagar än yngre inom psykiatri. Äldre har färre besök hos kurator/psykolog/psykoterapeut jämfört med yngre. Psykisk ohälsa minskar inte med åldern så dessa skillnader i vård kan vara omotiverade. Diagnoser för depression och demens liksom läkemedelsbehandling av depression och demens hos äldre varierar stort i Västra Götaland vilket kan bero på skillnader i förekomst, men troligen framförallt på grund av bristande kunskap om evidensbaserad behandling. Det förekommer både under- och överbehandling. Uthämtning av antidepressiva läkemedel och andra psykofarmaka som ofta är olämpliga för äldre är hög i Västra Götaland jämfört med riket, vilket troligen inte beror på högre förekomst av psykisk ohälsa hos äldre, utan olika förskrivnings-tradition.

Förslag:

- Öka kunskapen om diagnostik och behandling av psykisk ohälsa hos äldre inom vårdval vårdcentral och i delar av specialistsjukvården.
- Satsning på personcentrerade sammanhållna vårdförlopp inom demens kommer att kunna förbättra vården och omsorgen vid demenssjukdom
- Riktad uppföljning av följsamhet till nationella riktlinjer inom området psykisk ohälsa, samt uppföljning av förskrivning av ”olämpliga läkemedel”



2020-10-08

Dokumentnamn: Äldres hälsa och vård i Västra Götaland

Diarienummer: HS 2018-00787

Kontaktperson: Karin Fröjd, koncernkontoret

E-post: [karin.frojd@vgregion.se](mailto:karin.frojd@vgregion.se)

