



En åldrande befolkning i Norrbotten

- vad betyder det för hälso- och sjukvården i framtiden?



Förord

Demografiska förändringar med en åldrande befolkning kommer ställa ökade krav på framtida hälso- och sjukvård. Att den arbetsföra befolkningen samtidigt förutspås att minska ställer ännu högre krav på att verksamheten ställer om i tid och tar steg mot nödvändiga effektiviseringar. En svår ekvation måste lösas av dagens tjänstemän och politiker då allt tyder på att länet i framtiden ska tillgodose ett ökat vårdbehov utan att personalstyrkan ökar i samma takt. Hälso- och sjukvården kommer med all sannolikhet därför behöva genomgå stora förändringar närmaste åren, både vad gäller organisation och struktur men också vad gäller arbetssätt, utbud, digitalisering och hur befolkningen ska få vård i framtiden.

För att i tid kunna påverka och styra var länet skall befinna sig i framtiden och idag ta steg mot framtidens hälso- och sjukvård behövs god kunskap om läget och den demografiska utvecklingens konsekvenser. Fokus för denna rapport är vad det faktiskt betyder för hälso- och sjukvården att gruppen äldre växer i termer av framtida vårdbehov i gruppen.

Åsa Rosendahl, statistiker på Region Norrbotten har ansvarat för att ta fram rapporten under våren 2017 i samarbete med Sofia Reinholdt, analytiker på avdelningen för Ekonomi och planering.

Stort tack för hjälp med framkörningar från datalagret till Sofie Cajander Sehlstedt, Monica Kokkonen samt Elisa Lindgren på Ekonomi och planeringsavdelningen, samt diagnosdiskussioner med Pia Näsval, medicinsk sakkunnig på Region Norrbotten. Tack också till de experter som tagit sig tid för att ge synpunkter och kommentarer under arbetets gång.

Carola Fransson, Budgetchef, Region Norrbotten

30 juni 2017

Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
1.1	Slutsatser och rekommendationer	8
2	Inledning.....	10
2.1	Syfte	11
2.1.1	Avgränsningar.....	11
3	Äldres hälsa och vårdbehov idag.....	13
3.1	En god och jämlik hälsa på äldre dagar	13
3.2	Vårdbehov av olika slag	14
3.2.1	Högt blodtryck och diabetes vanligaste orsakerna till kontakt med primärvården bland äldre	15
3.2.2	Hjärt- och kärlsjukdomar är vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus bland äldre.....	18
3.3	Kostnadsbilden.....	19
3.4	De mulitsjuka äldre.....	20
3.5	Slutsatser hälsa och vårdbehov	20
4	Hjärtinfarkter i framtiden	22
4.1	Allmänt och utveckling.....	22
4.2	Antal hjärtinfarkter kan hållas stabil.....	23
4.3	Slutsatser hjärtinfarkt	24
5	Stroke.....	25
5.1	Allmänt och utveckling.....	25
5.2	Antalet äldre som får en stroke kan hållas stabil	26
5.3	Slutsatser stroke	26
6	Cancer.....	28
6.1	Allmänt och utveckling.....	28
6.2	Fler äldre leder till fler cancerfall	30
6.3	Slutsatser cancer	30
7	Höftledsfrakturer.....	32
7.1	Allmänt och utveckling.....	32
7.2	Antal höftfrakturer kommer öka successivt.....	34
7.3	Slutsatser höftledsfrakturer	35
8	Diabetes.....	36
8.1	Allmänt och utveckling.....	36
8.2	Fler äldre leder till fler diabetespatienter	37
8.3	Slutsatser diabetes.....	38

9	Demens.....	40
9.1	Allmänt och utveckling.....	40
9.2	Fler äldre leder till fler med demens.....	41
9.3	Slutsatser demens.....	42
10	Sammanfattande slutsatser.....	44
10.1	Vårdbehovet ökar men är påverkbart.....	44
10.2	Cancer riskerar bli största kostnadsökningen framöver och därför ett område att bevaka liksom höftfrakturer och ögonsjukdomar	44
10.3	En utmaning att jämnar ut förutsättningar till hälsa bland äldre	44
10.4	Kartlägg och effektivisera utvalda vårdprocesser	45
10.5	Kartlägg yngres vårdprocesser och digitalisera	45
10.6	Utred hur samverkan med kommunerna kan bli ännu bättre och hur den bör se ut i framtiden.....	45
	Referenser.....	46
	Bilagor.....	48
1	Framskrivning av risk att insjukna.....	48
1.1	Minskande risk för hjärtinfarkt bland äldre	48
1.2	Minskande risk att få stroke bland äldre	51
1.3	Ökad risk att insjukna i cancer.....	53
1.4	Minskad risk för höftfraktur	55
2	Material och metod för framskrivning.....	58
2.1	Metod.....	58
2.2	Material.....	58
2.3	Diagnoser med framskrivningar	59

1 Sammanfattning

Demografiska förändringar med en åldrande befolkning och minskande arbetskraft kommer ställa ökade krav på framtida hälso- och sjukvården. Syftet med den här rapporten är att få ett grepp om utvecklingen som länet har framför sig närmaste decennierna vad gäller hälsan och vårdbehov i den växande gruppen äldre. Vad betyder det för hälso- och sjukvården att gruppen äldre ökar? Finns det något som kan göras för att påverka utvecklingen?

Hälsan bättras men vårdbehovet ökar ändå bland äldre

Med stigande ålder ökar risken för olika fysiska besvär och sjukdomar medan den psykiska hälsan tycks gynnas positivt av ökad ålder. Hälsan bland äldre Norrbottningar blir allt bättre med högre självskattad hälsa och lägre insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar. Jämfört med riket har äldre i länet något sämre fysisk hälsa med lägre självskattad hälsa och högre förekomst av högt blodtryck, hjärtkärlsjukdomar, värk och långvariga sjukdomar. Bland äldre män i länet har det dessutom blivit vanligare med övervikt och fetma och även högt blodtryck. Befolkningen 65 år eller äldre står för majoriteten av alla vårdtillfällen vid sjukhusen men också en betydande del av alla besök vid hälsocentralerna i länet. Högt blodtryck, diabetes, demens, tumörer och smärta/värk är vanliga diagnoser bland äldre som besöker primärvården och ögonrelaterade sjukdomar så som gråstarr vid besök i den öppna specialiserade vården. Ögon är också ett diagnosområde vars totala kpp (kostnad per patient) kostnader är relativt höga på grund av det höga antalet besök. Sjukhusinläggningar görs oftast på grund av hjärt- och kärlsjukdomar men också höftfrakturer och andra skador eller förgiftningar. Oklara besvär är också relativt vanligt bland äldre. Cancer sticker ut som kostsamt när man jämför olika sjukdomsgruppers totala kostnader både inom öppenvård och slutenvård. Inom slutenvården innebär ofta höftledsfrakturer höga kostnader per patient och det samma gäller stroke.

Fler vårdplatser i framtiden är inte ett alternativ

Utvecklingen framåt vad gäller hälsa och sjuklighet beror på vad som händer inom medicinsk behandling, prevention och trender i samhället. Skulle allt, organisation och struktur i hälso- och sjukvården och även ohälsan i befolk-

ningen, förbli som idag till år 2035, skulle endast demografiska utvecklingen styra och drygt 20 procent fler vårdplatser skulle behövas jämfört med år 2013 inom alla diagnosområden där äldre är överrepresenterade. Detta är dock inte ett trovärdigt scenario eftersom den minskande andelen i arbetskraften kommer ge svårigheter att hitta kompetens vilket leder till att arbets sätt, organisation och struktur *kommer* behöva förändras för att klara effektivitetskraven. Att minska inflödet av förebyggbara sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar, demens, cancer blir tillsammans med förändrade arbets sätt, en viktig möjlighet att påverka det framtida scenariot. Digitalisering bör ses som en naturlig komponent i alla led för att möta effektivitetskraven.

Hjärtinfarkt och stroke kan hållas stabila över tid – men inte utan arbete

Både förstagångsinsjuknade i hjärtinfarkt och stroke har minskat under en längre period bland äldre och har påverkats av en minskning av viktiga riskfaktorer, framförallt via kolesterol och blodtryckssänkande mediciner. Därtill har även levnadsvanor, som minskad rökning och förbättrade matvanor och fysisk aktivitet minskat risken att insjukna. Eftersom länet fortfarande har stor förbättringspotential jämfört med övriga i riket är det rimligt att Norrbotten fortsätter sin positiva utveckling ännu ett tag, med sjunkande risk för insjuknande, och år 2035 når lägre nivåer som kompenserar en då större grupp äldre. Det är rimligt att sätta som mål att länet inte ska ha fler hjärtinfarkter än idag. Detta kräver dock ett intensifierat arbete för minskning av riskfaktorer via behandling och förbättring av levnadsvanor i befolkningen. Skulle insjuknanderiskerna förbli på samma nivåer som år 2015, skulle antal hjärtinfarkter och stroke öka i samma takt som den äldre befolkningen växer – det blir då betydande ökning av antalet som behöver akutvård, rehabilitering och uppföljning för hjärtinfarkter och stroke.

Räkna med fler fall av cancer, demens, diabetes och höftfrakturer

Antalet patienter med höftfrakturer kommer med all sannolikhet att öka successivt närmaste tjugo åren. En fortsatt upptrappning av preventivt arbete genom exempelvis behandling av osteoporos och benskörhet liksom fysisk aktivitet bland äldre skulle minska risken för insjuknande och ge en måttli-

gare ökning. Även ett samarbete med kommunerna för ett strukturerat förebyggande arbete för att minska fallskador i hemmen och äldres närmiljö kan ge positiv effekt på framtida utvecklingen.

Norrbottnens län har ett lägre insjuknande än riket i maligna tumörer. Speciellt hudcancer och malignt melanom avviker med lägre nivåer i de norra länen, om än ökande nivåer. Risker att få cancer ökar med stigande ålder och befolkningen över 65 år ökar. Givet att länet dessutom fortsätter ha en ökad *risk* för insjuknande i cancer på samma sätt som senaste åren i åldersgruppen 65-79 år samt kvinnor 80 år eller äldre så kommer antal nya fall av cancer vara mer än 25 procent högre år 2035 jämfört med idag. Även om risken att insjukna skulle förbli som år 2015 skulle den demografiska utvecklingen i länet med fler äldre, ge en markant ökning av antal nya cancerfall per år. Detta kommer innebära en ökad belastning på sjukvården i hela vårdkedjan, från utredning och diagnostik till behandling och rehabilitering. Ett cancerinsjuknande innebär ofta en längre tids vårdbehov, ofta flera år, vilket gör att antalet personer som kommer leva med en cancerdiagnos samt ha behov av vård riskerar att ackumuleras fram till år 2035 om inte insjuknandet minskar.

Lägre insjuknande i maligna tumörer kan till viss del åstadkommas via levnadsvaneförändringar, så som minskad tobaksrökning i befolkningen, minskat alkoholbruk, ökad fysisk aktivitet och goda kostvanor. Även solvanor i befolkningen påverkar. Nya preventiva insatser så som vaccinering av unga flickor mot hpv (humant papillom virus) kommer i framtiden bidra till ett lägre insjuknande i livmoderhalscancer. Tillkomst av fler liknande framtida insatser kan påverka positivt.

Antalet personer med diabetes kommer med stor sannolikhet att öka närmaste tjugo åren som direkt följd av att antalet äldre ökar. Ungefär 1200 fler patienter med diabetes beräknas finnas år 2035 i Norrbotten bland invånare i länet som är 65 år eller äldre. Diabetes är en av de vanligaste orsakerna för äldre att besöka primärvården. Att lyckas med preventivt arbete kan ge stora vinster eftersom en stor del av all diabetes typ 2 kan förebyggas genom åtgärder som rör exempelvis mat och motion som leder till viktnedskning. Att

förebygga diabeteskomplikationer hos patienter blir också viktigare närmaste åren då genom bland annat patientutbildning för egenvård (kost och fysisk aktivitet samt att sluta röka) men också via intensiv behandling av glukosnivåer och kontroller.

Demens är ytterligare ett område som förutspås skapa stora samhällsliga kostnader åren som kommer. Det är framförallt kommunerna som drabbas hårt ekonomiskt då de ska tillgodose behov av särskilt boende till många fler än idag. För hälso- och sjukvården kommer det förmodligen att innebära en tydlig ökning av olika typer av demensutredningar etc.

Rapporten är avgränsad till att framförallt fokusera framtidsprognoser på några stora diagnoser: hjärtinfarkt, stroke, diabetes, cancer samt höftfrakturer och demens. Det betyder inte att andra diagnoser är mindre viktiga för framtiden att ha koll på. Hur ser det exempelvis ut på området hörselnedsättning? Vad kommer det betyda i framtiden? Inom alla vårdområden där äldre är överrepresenterade bör planering ta hänsyn till den framtida utvecklingen. Denna rapport kan därför ses som en första rapport där fler kan följa på området. Rapporten ger också upphov till följdfrågor där nya kartläggningar kan ta vid.

1.1 Slutsatser och rekommendationer

- Vårdbehovet bland äldre ökar närmaste 20 åren men är påverkbart. Detta gör att prevention blir viktigt område. Lägre insjuknande kan fås genom bland annat systematiska insatser för goda levnadsvanor, behandling av kolesterol, högt blodtryck, osteoporos och fallförebyggande arbete i form av samarbete med kommuner. Hälso- och sjukvården kan fortsätta arbete med att implementera Socialstyrelsens riktlinjer för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård, men också fortsätta arbeta med att stödja andra aktörer att arbeta för en god hälsa i befolkningen (skola, barnomsorg, arbetsgivare mm).

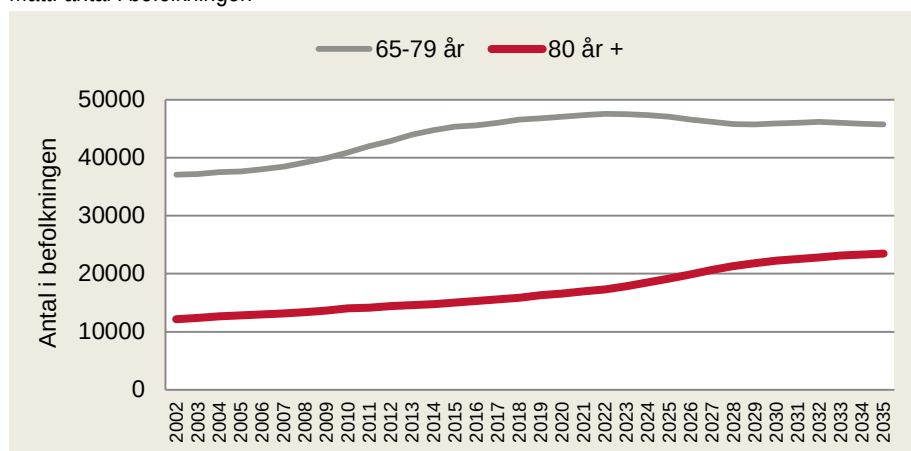
- Cancer riskerar att generera största kostnadsökningen bland äldres sjukdomar om inget förändras, därför ett viktigt område att hålla koll på.
- Ögonsjukdomar som drabbar många äldre bör eventuellt tittas mer på för att hålla koll på utveckling och se vilka möjligheter som finns att effektivisera.
- Den ojämna hälsan är en utmaning även bland äldre befolkningen, därför viktigt att systematiskt utforma insatser så att de inkluderar de svagaste grupperna.
- Inom alla vårdområden där äldre är överrepresenterade bör kartläggning och planering göras för att ta hänsyn till den framtida utvecklingen.
- Effektivisera utvalda vanliga vårdprocesser bland äldre (och yngre) för att spara resurser – exempelvis via standardiserade vårdprocesser, digitala verktyg och mer egenvård i hemmet. Effektiviseringen måste då anpassas efter ”ålder” och övrig sjuklighet.
- Kartlägg även yngre åldersgruppers vanligaste vårdprocesser för att se var det är lämpligt att göra effektiviseringar med hjälp av exempelvis digitalisering.
- Utred hur samverkan mellan kommuner och hälso- och sjukvård kan bli ännu bättre för tryggare och smidigare hemgångar idag men också för bästa möjliga hantering av det ökade vårdbehovet närmaste åren.

2 Inledning

Norrbottnens län står inför en enorm utmaning att hantera den demografiska utvecklingen de närmaste 20 åren. Mellan år 2013 och år 2035 kommer den arbetsföra delen av befolkningen i åldern 20-64 år att minska med 5,6 procent. Samtidigt ökar andelen i befolkningen över 65 år med 19,7 procent och andelen 0-19 år med 7 procent. Detta betyder att antalet personer i arbetskraften minskar samtidigt som behoven som den arbetsföra befolkningen ska tillgodose blir större (vård av äldre samt barn och unga). Redan idag försörjer 100 personer i arbetskraften nästan 10 personer fler än man gjorde på 80-talet. År 2035 har det ökat med ytterligare 10 personer att försörja. Detta kommer kräva att hälso- och sjukvården ställer om och möter behoven på annat sätt än man har kunnat göra hittills.

Diagram 1: Den ökande äldre befolkningen i Norrbotten

Befolkningsutveckling, 2002-2015, samt prognos, 2016-2035, i Norrbottens län. Förväntad utveckling av äldre åldersgrupper
Mått: antal i befolkningen



Källa: SCB

Andelen äldre och andelen mycket äldre kommer att öka snabbt de kommande decennierna. Ökningen tar framförallt fart runt år 2025 då den stora fyrtioalistgenerationen har blivit över 80 år. Eftersom sjukligheten är högre hos äldre leder detta till att antalet fall i stora folksjukdomar kommer att öka kraftigt. För många vanliga diagnoser ökar risken att insjukna med stigande ålder så som hjärtinfarkt, stroke, cancer, vilket naturligt leder till att antalet fall ökar. Vården måste därför under de närmaste decennierna anpassa sin

inriktning och struktur till de ändrade behoven i befolkningen samtidigt som det pusslet ska gå ihop vad gäller kompetensförsörjning och ekonomi. Att ha en god bild av de framtida utmaningarna utgör ett viktigt underlag för att möta och kunna påverka riktning så tidigt som möjligt.

2.1 Syfte

Syftet med den här rapporten är att få ett grepp om utvecklingen som länet har framför sig närmaste decennierna vad gäller hälsan och vårdbehov i den växande gruppen äldre. Vad betyder det för hälso- och sjukvården att gruppen äldre ökar? Rapporten börjar med ett avsnitt om hur äldre mår idag i länet, vanliga diagnoser och hur äldres vårdkonsumtion ser ut. Var möter hälso- och sjukvården äldre idag? Detta för att lättare se vad som kan bli växande i framtiden. Därefter följer ett avsnitt med framskrivningar till år 2035 av insjuknande i ett antal stora diagnoser bland äldre.

Målet är att rapporten ska underlätta i arbetet med att ställa om mot en hälso- och sjukvård som motsvarar framtida behov men också framtida förutsättningar. Genom att se på de vanliga diagnoserna bland äldre och göra skattningar om framtida vårdbehov samt se *var* hälso- och sjukvården möter äldre idag kan anpassningar göras för att matcha och möta framtida scenarion i tid.

Rapporten vänder sig framförallt till tjänstemän och politiker inom Region Norrbotten som på något sätt arbetar strategiskt med uppdraget att tillgodose befolkningens behov vad gäller hälso- och sjukvård både idag och i framtiden.

Metod och material för framskrivningar till år 2035 finns beskrivna i bilaga 2.

2.1.1 Avgränsningar

Rapporten är avgränsad till att i framskrivningarna se på några stora diagnoser bland äldre som hälso- och sjukvården ofta möter: hjärtinfarkt, stroke, diabetes, cancer samt höftfrakturer och demens. Det betyder inte att andra diagnoser är oviktiga för framtiden att ha koll på. Hur ser det exempelvis ut på området hörselnedsättning? Vad kommer det betyda i framtiden? Inom alla vårdområden där äldre är överrepresenterade bör planering ta hänsyn till

den framtida utvecklingen. Denna rapport kan därför ses som en första rapport där fler kan följa på området. Rapporten ger också upphov till följdfrågor där nya kartläggningar kan ta vid.

3 Äldres hälsa och vårdbehov idag

3.1 En god och jämlik hälsa på äldre dagar

Äldre mår idag bättre än på länge och den självskattade allmänhälsan ökar successivt både i länet och riket och så även medellivslängden.¹ Mycket talar för att sjukligheten förskjuts till äldre åldrar vilket gör att gruppen mycket äldre blir ännu viktigare att hålla koll på.² Jämfört med riket i har äldre i Norrbotten ett något sämre hälsoläge när det gäller fysisk hälsa. Den självskattade hälsan är lägre då endast 54 procent av äldre män i länet uppger god självskattad hälsa jämfört med 64 procent i riket³. Bland kvinnor uppger 53 procent en god hälsa jämför med 60 procent i riket bland 65-84 åringar. Det är också vanligare med högt blodtryck bland äldre i länet än i riket liksom att ha en långvarig sjukdom. När det gäller psykiskt välbefinnande rapporterar äldre i länet överlag ett bättre psykiskt välbefinnande än yngre, men äldre män i Norrbotten har oftare ett nedsatt psykiskt välbefinnande än män i riket. Var tionde norrbottning mellan 65 och 84 år röker dagligen vilket är i nivå med riket men också i nivå med genomsnittet i länet totalt. Ingen tydlig ökning eller minskning ses över de senaste tio åren. Nära en av fem lider av fetma bland 65-84 åringar i Norrbotten – detsamma gäller i riket. Övervikt och fetma ökar bland äldre män i länet och riket. Att ha en balanserad kost är en utmaning för länet i stort men också bland äldre där Norrbotten visar lägre andel som äter ex vis grönsaker och frukt regelbundet⁴. Positivt är att det blir allt vanligare bland äldre att vara fysiskt aktiv varje dag.

Liksom i övriga åldersgrupper är hälsoproblem bland äldre mycket tydligt kopplade till socialklass. Personer med kort utbildning rapporterar sin hälsa som sämre än personer med längre utbildning. Bland de med kort utbildning finns också fler som har långvariga sjukdomar och värk. Klasskillnader

¹ "Hälsa, levnadsvanor och social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv". Norrbottens läns landsting (2016) ; "Folkhälsan i Sverige 2016", Folkhälsomyndigheten (2017)

² "Vård av äldre med omfattade vårdbehov". Socialstyrelsen Hälsa och sjukvårdsrapport 2009.

³ Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?", 2014

⁴ Hur mycket grönsaker och frukt en person äter har stark korrelation med hur balanserad kost man äter i övrigt, "Syfte och bakgrund Nationella folkhälsoenkäten", www.folkhalsomyndigheten.se

bland äldre torde till stor del vara ett resultat av ojämlika förhållanden tidigare i livet. Det finns en klar relation mellan inkomst och hälsa. Ju högre inkomst desto lägre är sannolikheten för ohälsa⁵.

I Danderyd är varannan kvinna som dör 90 år eller äldre vilket är dubbelt så vanligt som i Norrbottens län och ungefär detsamma gäller förhållandet bland män då var fjärde man i Danderyd som dör är minst 90 år jämfört med var tionde man i Norrbotten.⁶ Danderyd är en av Sveriges mest välställda kommuner med hög inkomst och många med lång utbildning, även bland äldre.

Folkhälsomyndigheten spekulerar i att en tänkbar orsak till skillnaderna är att god utbildning ofta medför ökade materiella tillgångar, vilket kan inverka positivt på hälsan.⁷ En god utbildning ökar möjligheterna att ta till sig information vilket ökar förmågan att välja en hälsosam livsstil, exempelvis avseende rökning eller fysisk aktivitet. En förklaring till hälsoskillnaderna är att livsstilen skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper. Bland arbetare finns t.ex. fler rökare, fler överviktiga och färre som motionerar. Arbetsplatsens utformning är en annan viktig förklaring men här sker en utjämning. Dagens arbetsplatser skiljer sig inte lika mycket åt för arbetare och tjänstemän som det kan ha gjort förr.

3.2 Vårdbehov av olika slag

Även om äldres hälsa på många fronter visar en positiv utveckling så betyder en ökad ålder också att risken för sjuklighet stiger. Risken ökar bland annat för att drabbas för folksjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar inklusive stroke, tumörsjukdomar, diabetes, rörelseorganens sjukdomar och gråstarr. Från år 2013 fram till år 2035 ökar antalet invånare 80 år och äldre med drygt 50 procent. Patienterna kommer därför succesivt att bestå av fler äldre med kroniska sjukdomar och med behov av kontinuerlig kontakt med vården.⁸ Norrbottningarnas läkarbesök sker till 57 procent i primärvården och

⁵ "Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar" FHI 2005:6

⁶ Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

^{7,4} "Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar" FHI 2005:6

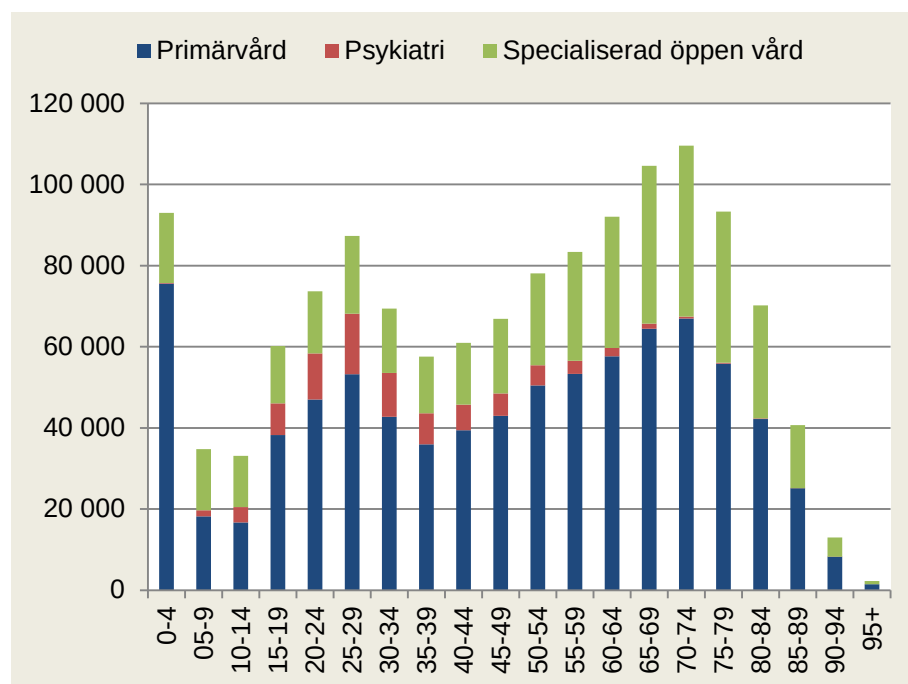
⁸ Region Östergötland (2016) Åtta utmaningar och en besvärjelse, kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025.

till 43 procent i den somatiska vården⁹. I Norrbotten liksom i riket ses tydligt både i öppenvård och i slutenvård hur antal besök och vårdtid stiger med ökande ålder, i alla vårdformer. En närmare granskning av den specialiserade vården visar att Norrbotten har ett lägre antal besök per invånare i specialiserad öppenvård jämfört med riket, medan länet har ett högre användande av specialiserad slutenvård i de flesta åldrar. Primärvården i Norrbotten har besökstal som är i nivå med riket, beträffande läkare, men fler besök hos annan vårdpersonal.¹⁰

3.2.1 Högt blodtryck och diabetes vanligaste orsakerna till kontakt med primärvården bland äldre

Diagram 2. Nyttjande av öppenvård

Antal vårdkontakter i öppenvården i primärvården, psykiatri samt specialiserad öppenvård i Norrbottens län per åldersgrupp år 2016



Källa: Datalagret, Region Norrbotten.

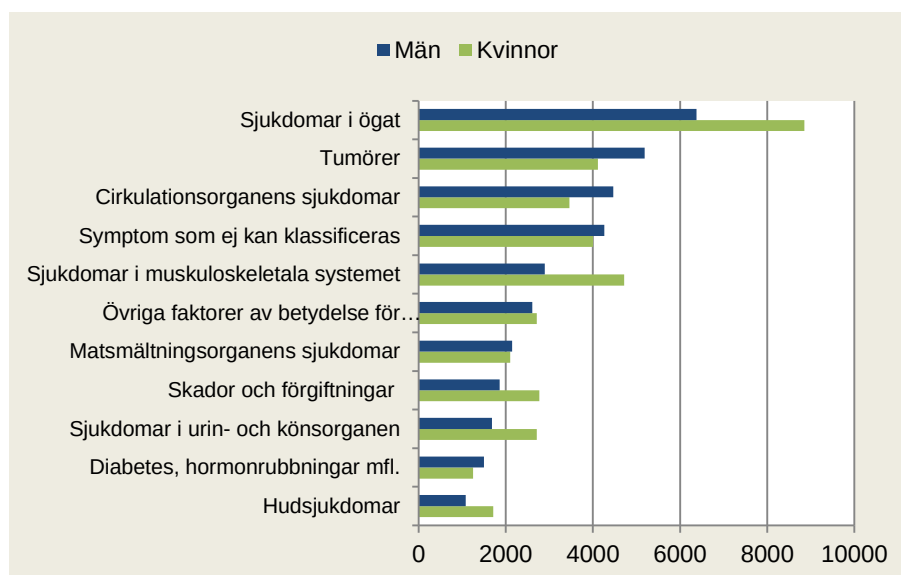
Under år 2016 gjordes totalt 836 000 vårdkontakter med primärvården i Norrbotten varav 65 år eller äldre stod för en tredjedel. 317 000 av alla vård-

⁹ Delårsrapport Region Norrbotten april 2017.

¹⁰ Databas Kolada

kontakter i primärvården var läkarbesök, det vill säga majoriteten av kontakterna var med annan hälso- och sjukvårdspersonal. Med vårdkontakt menas kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal för utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad, och kan handla om allt från ett vårdtillfälle, besök, hemsjukvård till konsultation och kontakt per telefon eller brev. Fyra av tio vårdkontakter i den specialiserade öppenvården, dagbesök på sjukhus, görs av äldre, medan kontakter med psykiatri är mer sällan förekommande i samma grupp. Det absolut vanligaste besväret bland 65 år och äldre för kontakt med primärvården är hypertoni (høgt blodtryck) därefter diabetes, demens och smärta. Det är också relativt vanligt att ha besvär som är svåra att klassificera.

Diagram 3. Äldres sjukdomar i Norrbottens län i specialiserade öppenvården
De vanligaste sjukdomsgrupperna för kvinnor och män 65 år eller äldre, antal besök per år (2011-2015), Norrbottens län.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I den specialiserade öppenvården, dagbesök på sjukhus, är ögonrelaterade sjukdomar (ofta gråstarr) vanligaste orsaken både bland män och kvinnor och därefter tumörer. Sedan i något olika ordning bland könen: muskuloskeletala sjukdomar (rörelseorganens sjukdomar), samt cirkulationsorganens sjukdomar (hjärtinfarkt, stroke mm).¹¹ Sjukdomar i rörelseorganen kan vara

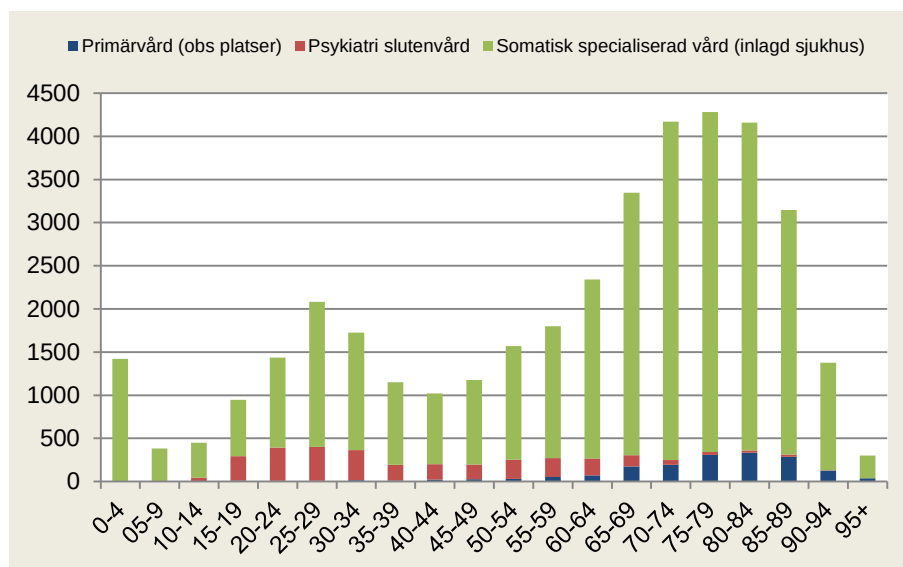
¹¹ Patientregistret, Socialstyrelsen.

reumatiska diagnoser, artros, ryggbesvär mm. Hudbesvär som äldre får vård för kan ofta vara psoriasis och olika typer av hudförändringar.

3.2.2 Hjärt- och kärlsjukdomar är vanligaste orsaken till inläggning på sjukhus bland äldre

Diagram 4. Nyttjande av slutenvården

Antal vårdkontakter i slutenvården per åldersgrupp i Norrbottens län år 2016

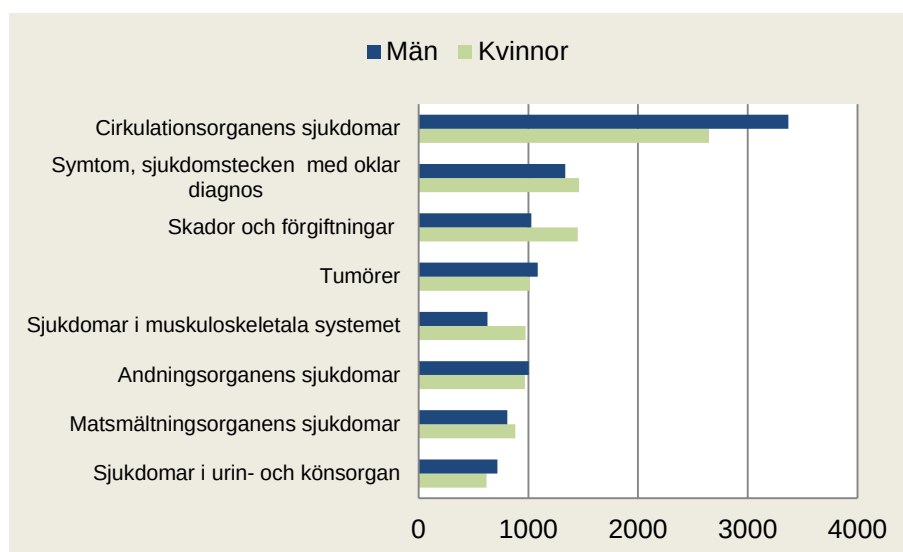


Källa: Datalagret, Region Norrbotten.

Mer än hälften av inläggningar på sjukhus (specialiserade somatiska slutenvården) utgörs av patienter som är 65 år eller äldre. Observationsplatserna i primärvården upptas nästan uteslutande av äldre, medan psykiatri har ytterst få patienter över 65 år.

Diagram 5. Äldres sjukdomar i Norrbottens län slutenvård

De vanligaste sjukdomsgrupperna för kvinnor och män 65 år eller äldre vid vård på sjukhus, antal vårdtillfällen per år (2011-2015), Norrbottens län.



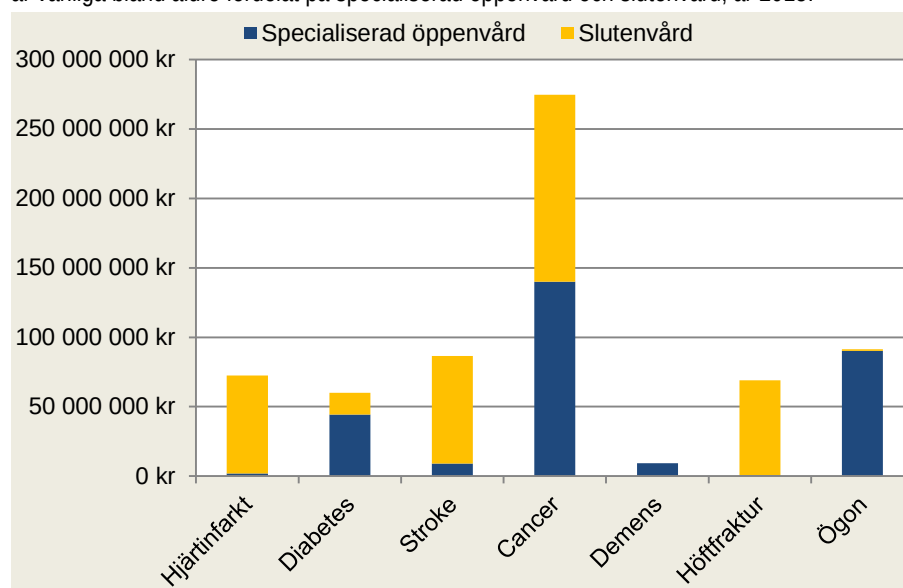
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Hjärt- och kärlsjukdomar är största orsaken till sjukhusvård i åldersgruppen 65 år eller äldre. Den näst vanligaste är bland kvinnor är skador och förgiftningar av olika slag, där höftfrakturer utgör 35 procent. Bland män är tumörer och skador ungefär lika förekommande vid vårdtillfällen. Även bland männen utgör höftfrakturer en stor del av skadorna, 25 procent.

I riket är överlag samma diagnoser vanliga bland äldre. Det är dock vanligare med diagnoser för hjärt-och kärlsjukdomar i Norrbotten än i riket. Även höftfrakturer är vanligare i länet än i riket i den äldre befolkningen.

3.3 Kostnadsbilden

Diagram 6. Totala KPP kostnader¹² för sjukdomar som är vanliga bland äldre
Totala KPP kostnader (SEK) för Region Norrbotten år 2015 för några sjukdomsgrupper som är vanliga bland äldre fördelat på specialiserad öppenvård och slutenvård, år 2015.



Källa: Datalagret, Region Norrbotten.

Diagram 6 visar totalkostnaderna för ett antal diagnoser eller sjukdomsgrupper i vilka befolkningen 65 år eller äldre är överrepresenterade i specialiserad öppenvård och slutenvård. Slutenvård innebär obs-platser men även sjukhusvård. Tydligt är att cancer är kostsammast medan demens ser ut att

¹² KPP uppgifter finns endast för specialiserad öppenvård och slutenvård i datalagret hos Region Norrbotten. Primärvårdens KPP uppgifter saknas men lösning för att ta fram uppgifter är under utveckling.

ha relativt låga kostnader, förmodligen kan där finnas en underskattning. Slående är att ögonrelaterade sjukdomar är kostsam totalt sett, något som till stor del beror på att det hög besöksfrekvens, se diagram 3. Ögonrelaterade vårdbehov berör många i befolkningen. Drygt 60 procent av kostnaderna för ögonrelaterade sjukdomar är kopplat till vård av personer som är 65 år eller äldre. Höftfrakturer drabbar inte lika många individer, men är betydligt kostsammare per patient. Höftfrakturer, hjärtinfarkter och stroke har större delen av sina kostnader i slutenvården medan diabetes, demens och ögonrelaterade sjukdomar har sina kostnader framförallt i öppenvården.

3.4 De multisjuka äldre

Med stigande ålder ökar risken för att ha många samtida sjukdomar, att vara multisjuk, vilket ofta ger mer omfattade vårdbehov. I Norrbotten ses att majoriteten av befolkningen som klassas som multisjuka är över 75 år. Det finns också ett klart samband med hur många multisjuka en kommun har och åldersstrukturen i befolkningen.¹³ Har man omfattade vårdbehov betyder det ofta en rad funktionsnedsättningar exempelvis förlamning, afasi, sväljningsproblem, försämrat minne, depression, hörsel- eller synnedsättning och tendens att falla. Det kan också ofta betyda förstoppning, dålig aptit och svullna ben. Äldre med omfattande vårdbehov reagerar ofta annorlunda och kraftigare än andra, vilket gör att en enkel infektion kan leda till långående konsekvenser för den redan svårt sjuka äldre personen, exempelvis i form av sjukhusvård.¹⁴

3.5 Slutsatser hälsa och vårdbehov

Med stigande ålder ökar risken för diverse fysiska besvär och sjukdomar medan den psykiska hälsan tycks gynnas positivt av ökad ålder. Befolkningen 65 år eller äldre står för majoriteten av alla vårdtillfällen vid sjukhusen men också en betydande del av alla besök vid hälsocentralerna. Om

¹³ "Prioriterade utvecklingsområden och Norrbottens läns landsting", 2015, Norrbottens läns landsting.

¹⁴ "Vård av äldre med omfattade vårdbehov". Socialstyrelsen Hälso och sjukvårdsrapport 2009.

framtida vårdstruktur skulle se ut som år 2015 skulle det betyda ett betydande växande behov av vårdplatser på sjukhusen men också ökat antal besök i öppenvården. Det är troligt att antalet multisjuka ökar i takt med att antalet 80 år eller äldre ökar. Därför ännu viktigare än idag att ha väl fungerande samarbete med kommunerna för att få smidiga och trygga utskrivningar med hemtaganden från sjukhus men också kunna ge den vård befolkningen behöver. Vård av äldre kan komma att kräva mycket av både kommuner och regionen i framtiden.

Norrboten har fortfarande förbättringspotential vad gäller insjuknande i flera förebyggbara sjukdomar, så som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes och i befolkningen finns möjligheter att bättra levnadsvanor som påverkar risken för ohälsa.

4 Hjärtinfarkter i framtiden

4.1 Allmänt och utveckling

Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i Sverige¹⁵. Det är också vanligaste orsaken till vårdtillfälle i slutenvården bland äldre i Norrbottens län. Både insjuknande och dödlighet i akut hjärtinfarkt har minskat kraftigt. Dödligheten har minskat med två tredjedelar mellan år 1992 och år 2014. Mellan år 2001, då nya diagnoskriterier infördes, och år 2014 har incidensen i akut hjärtinfarkt minskat med cirka 41 procent både för män och för kvinnor. År 2014 drabbades drygt 1000 personer av akut hjärtinfarkt i Norrbotten, varav ca 650 män och 350 kvinnor.

Vård och behandling av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar, vilket medfört en påtagligt minskad dödlighet¹⁶. En stor del av denna utveckling handlar om reduktion av viktiga riskfaktorer, framförallt har kolesterol och blodtryckssänkande mediciner bedömts generera minskande sjuklighet¹⁷. Därtill har även levnadsvanor, som t.ex. minskad rökning och förbättrade matvanor och fysisk aktivitet, en välkänd koppling till sänkta sjukdomsrisker. Bland dem som sjukhusvårdats har dödligheten efter infarkt, sjunkit till en märkbart låg nivå för år 2014. Andelen som dör inom 28 dagar efter sjukhusvård för akut hjärtinfarkt är nu nere på 11 procent för män och kvinnor totalt. Detta är en halvering jämfört med 1994¹⁸.

Jämfört med riket har Norrbottens län trots sina förbättringar högst insjuknanderisk bland äldre i hjärtinfarkt. Stockholms län utmärker sig med lägst risk i riket. Mer om utvecklingen av insjuknandet i de äldre åldersgrupperna

15 Socialstyrelsen (2014) Öppna jämförelser 2013 Läkemedelsbehandlingar, jämförelser mellan landsting.

16 Socialstyrelsen (2014) Öppna jämförelser 2013 Läkemedelsbehandlingar, jämförelser mellan landsting.

17 Karolinska institutet (2010) Sjukdomspanoramat i Stockholm – idag och i framtiden. 2010:25

18 Socialstyrelsen (2015) Hjärtinfarkter 1994-2014.

och jämförelser med andra län av antal fall per 100 000 i befolkningen och framskrivning till år 2035 i bilaga 1.1.

4.2 Antal hjärtinfarkter kan hållas stabil

Diagram 7. Antal förstagångsfall av hjärtinfarkter bland äldre

Utveckling till och med år 2015 och framskrivning till och med år 2035 antal första fall hjärtinfarkter bland befolkningen 65 år eller äldre i Norrbottens län, fördelat på åldersgrupp och kön.

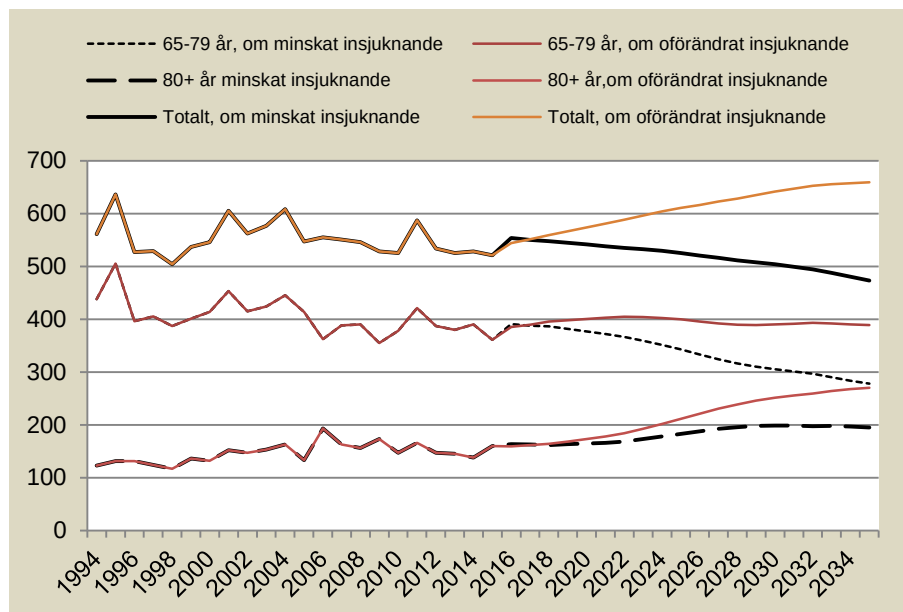


Diagram 7 ovan visar antal förstagångshjärtinfarkter i befolkningen 65 år eller äldre i länet mellan år 1994 och 2015 totalt. Antalet har legat relativt stabilt senaste 20 åren trots att antalet äldre har ökat. Detta tack vare att risken för att få en hjärtinfarkt har blivit allt lägre (se diagram A1 i bilagan). Diagrammet visar också en prognos av antalet hjärtinfarkter mellan år 2016 och 2035 givet två olika scenarier. Det ena scenariot är antalet fall givet att risken att insjukna förblir samma som idag (orangea linjer) och det andra givet att länet fortsätter att minska risken att insjukna (svarta linjer).

År 2035 har befolkningen i Norrbotten som är 65 år eller äldre ökat med 20 procent i antal jämfört med år 2013 och 16 procent sedan år 2015. Det betyder att om inte risken att insjukna förändras så ökar också antalet fall i samma takt. Skulle dock länet fortsätta minska risken för att insjukna i hjärtinfarkt i samma takt som senaste åren så kommer den demografiska utveckl-

ingen av fler äldre vägas upp av en lägre insjuknanderisk¹⁹. Antalet förstahjertinfarkter skulle då ligga på ungefär samma nivå som idag eller till och med något lägre. Skulle däremot förbättringen avstanna och insjuknandet se ut som idag så har vi en tydlig ökning av antal fall.

4.3 Slutsatser hjärtinfarkt

Det är rimligt att anta att Norrbotten klarar att nå samma insjuknanderisker på tjugo år som många län redan har idag. Det är därmed också ett rimligt mål att antalet som insjuknar i hjärtinfarkt inte ska öka trots ett ökat antal äldre. Fortfarande finns förbättringspotential inom området förebyggande behandling (blodtryck mm) men även på området levnadsvanor i befolkningen. Genom bättre förebyggande behandling och genom att stimulera till goda levnadsvanor, minskad tobaksrökning och alkoholriskbruk, balanserad kost och ökad fysisk aktivitet kan ett lägre insjuknande i hjärtinfarkter ses.

¹⁹ I åldergruppen 80 år eller äldre är befolkningsökningen från och med år 2025 så stor att även om insjuknanderisken minskar så kommer förmodligen antal fall att öka jämfört med idag. Detta kan dock kompenseras av ett minskat antal fall bland 65-79-åringar, om risken fortsätter minska.

5 Stroke

5.1 Allmänt och utveckling

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Cirka 85 procent av alla strokefall utgörs av hjärninfarkt. Varje år drabbas ungefär 900 personer av stroke i Norrbotten, ungefär lika många män som kvinnor. Cirka 8 av 10 av patienterna är över 65 år.

Precis som när det gäller alla stora dödsorsaker i befolkningen är stroke vanligast bland dem med kortast utbildning och minst vanligt bland dem med längst utbildning.²⁰ Risken att dö i stroke har minskat med en tredjedel de senaste 20 åren. Bättre behandlingsmetoder har bidragit till att risken att dö i stroke minskat dramatiskt för både kvinnor och män. Liksom dödligheten har även insjuknandet i stroke minskat tydligt. Minskad rökning samt lägre blodfetter och blodtryck gör att färre insjuknar.²¹ Även levnadsvanor som matvanor och fysisk aktivitet har stor betydelse som riskfaktorer för stroke och andra hjärtkärlsjukdomar. Liksom för hjärtinfarkt har insjuknandet i stroke inte utvecklats lika gynnsamt i yngre åldrar som bland de äldre. De allra flesta insjuknanden i stroke sker dock i äldre åldersgrupper och det är också bland de äldre som den snabbaste minskningen skett.²²

Norrbottens län ligger trots sina förbättringar även inom stroke bland länen med högst insjuknanderisk. Halland och Kalmar är län som återkommande befinner sig bland länen med lägst risk för stroke. Mer om utvecklingen av insjuknandet i de äldre åldersgrupperna, antal fall per 100 000 i befolkningen, samt framskrivning i bilaga 1.2.

²⁰ Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013) Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013.

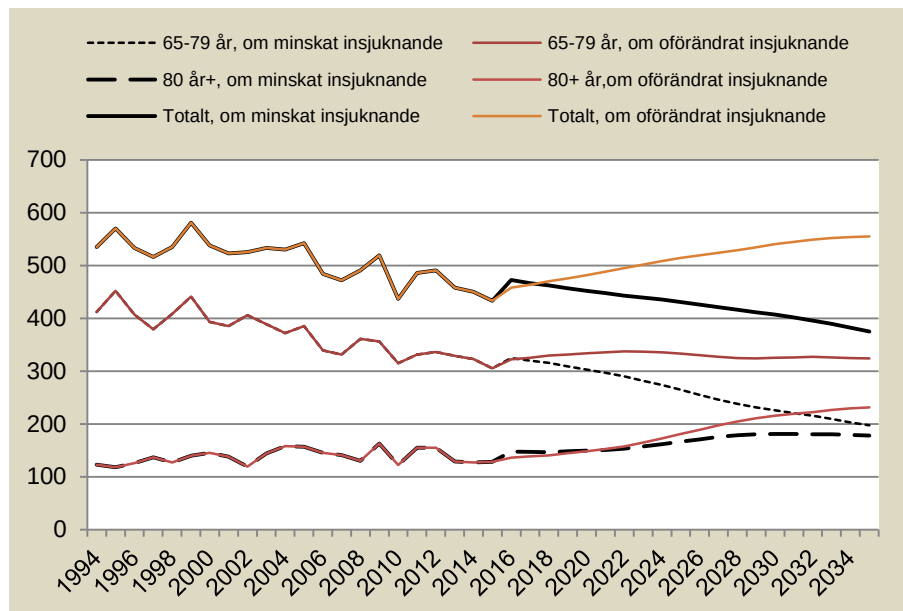
²¹ Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009.

²² Folkhälsomyndigheten (2017) Folkhälsan i Sverige 2016, Årlig rapportering

5.2 Antalet äldre som får en stroke kan hållas stabil

Diagram 8. Antal förstagångsfall av stroke bland äldre

Utveckling till och med år 2015 och framskrivning till och med år 2035 antal första fall stroke bland befolkningen 65 år eller äldre i Norrbottens län, fördelat på åldersgrupp. Mått: antal första fall



År 2035 har befolkningen i Norrbotten som är 65 år eller äldre ökat med 16 procent jämfört med år 2015 och 20 procent sedan år 2013. Det betyder att om inte risken att insjukna förändras så ökar också antalet fall med lika mycket (se orangea linjer). Givet att länet fortsätter ha ett minskat insjuknande i stroke på samma sätt som senaste åren så kommer dock den demografiska utvecklingen av fler äldre vägas upp av en lägre insjuknanderisk. Antalet personer som insjuknar i stroke skulle då ligga på samma nivåer som idag eller något lägre. Skulle förbättringen avstanna och insjuknandet se ut som idag så har länet en betydande ökning av antal fall stroke att vänta.

5.3 Slutsatser stroke

Liksom inom området hjärtinfarkt är det rimligt att anta att Norrbotten kan klara att komma ned till samma insjuknanderisk i stroke på tjugo år som många län har redan idag. Det är därmed ett rimligt mål att antalet som in-

sjuknar i stroke inte ska öka trots ett ökat antal äldre. Genom intensifierat förebyggande arbete via behandling (ex vis medicinering av förhöjda blodfetter) och genom att systematiskt stimulera befolkningen till goda levnadsvanor som att sluta röka och öka fysisk aktivitet bör ett lägre insjuknande i stroke kunna uppnås.

6 Cancer

6.1 Allmänt och utveckling

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige. I Norrbotten insjuknar totalt närmare 1500 personer om året i malign tumörsjukdom²³. Mer än två av tre cancerfall inträffar bland personer 65 år eller äldre. Män och kvinnor insjuknar i ungefär samma utsträckning, men kvinnor insjuknar i högre utsträckning i tidigare åldrar än män.

De två senaste decennierna har *antalet* tumörer ökat. Ökningen förklaras till stor del av förändring i befolkningens åldersstruktur men också av screening och förbättrade diagnostiska metoder och även av exponering för riskfaktorer. Även om cancer är en genetisk sjukdom betyder det inte att all cancer är ärftlig. I de flesta fall är det genförändringar som förvärfas under livet som orsakar cancer. Rökning, matvanor och solvanor har stor betydelse för risken att utveckla cancer, liksom till exempel nivån på alkoholkonsumtion och förekomst av regelbunden motion är av betydelse för risken att utveckla cancer. Vanligen förvärfar vi dessa genförändringar i flera steg över lång tid, förmodligen flera decennier.²⁴

Det finns stora skillnader i insjuknande mellan grupper med olika utbildningsnivå till fördel för personer med längre utbildning. Det är känt sedan tidigare att riskfaktorer som t.ex. rökvanor och solexponering skiljer sig mellan socioekonomiska grupper. För olika tumörformer finns också en tydlig gradient med bättre överlevnad i den högsta socioekonomiska gruppen. Dessa skillnader gäller främst den första tiden efter diagnosen. En vanlig tolkning är att skillnaderna framför allt bestäms av hur avancerad canceren var vid diagnosen samt av om patienterna samtidigt har några andra allvarliga sjukdomar, ytterligare faktorer att ta hänsyn till är bland annat tillgänglighet till behandling och stöd under och efter behandling. Det finns även

²³ Socialstyrelsens Cancerregister, www.socialstyrelsen.se

²⁴ Utdrag ur Cancerfonden <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/vad-orsakar-cancer>

vissa geografiska skillnader i cancerincidens. De norra länen har t.ex. en betydligt lägre incidens av malignt melanom och övrig hudcancer än län i södra Sverige.

Den vanligaste cancerformen hos kvinnor är bröstcancer som utgör en tredjedel av all kvinnlig cancer²⁵. Bland män är den vanligaste formen av cancer prostatacancer vilken också svarar för en tredjedel av fallen²⁶. Malignt melanom och övrig hudcancer (utom basalcelscancer) utgör 10 procent av alla cancerfall i länet (16 procent i riket) och är den näst vanligaste cancerformen och också den form som ökar mest. Under 2015 fick 74 kvinnor och 77 män en hudcancerdiagnos. Tredje vanligaste cancerformen hos både kvinnor och män är tjocktarmscancer och lungcancer. Av alla fall som rapporterats till cancerregistret för år 2015 utgör de vardera drygt 6 procent.

Samtidigt som antalet nya cancerfall totalt sett har ökat, har dödlighet/överlevnad inom fyra stora cancergrupperna (bröst, prostata, hud och tjocktarm) visat på en fortlöpande positiv utveckling över tid²⁷. När det gäller den totala dödligheten i cancer, har den gått ned över tid, men det syns inte någon större förändring. För det måste det sannolikt till en större och revolutionerande förbättring i behandlingsmetoderna.²⁸

Norrbottnens län ligger stabilt över tid lägst eller nära lägsta insjuknandet i maligna tumörer även om risken att insjukna är ökande i flera åldersgrupper. I motsats till hjärt- och kärlsjukdomar, ligger län i södra Sverige högst i insjuknanderisk i maligna tumörer. Mer om utvecklingen av insjuknandet i de äldre åldersgrupperna, antal fall per 100 000 i befolkningen, samt framskrivning i bilaga 1.3.

²⁵ Sedan 1970 har incidensen för bröstcancer har ökat. Antal kvinnor i åldern 50–64 år som under ett år får en bröstcancerdiagnos har dock sedan början av 2000-talet en nedåtgående trend.

²⁶ De senaste två decennierna har incidensen för prostatacancer varierat kraftigt. Trots en kraftig uppgång de senaste två åren är trenden på 10 års sikt avtagande.

²⁷ Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. SKL och Socialstyrelsen

²⁸ Karolinska institutet (2010) Sjukdomspanoramat i Stockholm – idag och i framtiden. 2010:25

6.2 Fler äldre leder till fler cancerfall

Diagram 9: Ökande antal nya fall av maligna tumörer

Utveckling till och med år 2015 och framskrivning till och med år 2035 av antal nya fall maligna tumörer i befolkningen 65 år eller äldre i Norrbottens län, fördelat på åldersgrupp och kön. Mått: antal första fall

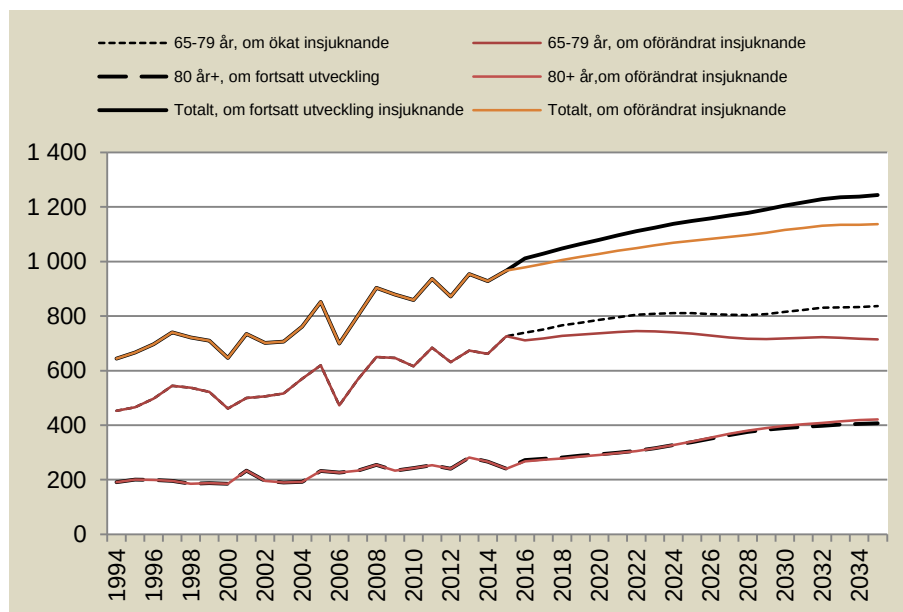


Diagram 9 ovan visar antal nyinsjuknande i maligna tumörer, 65 år eller äldre i Norrbotten mellan år 1994 och 2015 totalt. Antalet cancerfall har successivt ökat under längre period, både på grund av den ökande äldre befolkningen men också tidigare diagnostisering via screening. Diagrammet visar dessutom en prognos av antalet patienter med cancer mellan år 2016 och 2035 givet två olika scenariers. Det ena scenariot är antalet fall givet att risken att insjukna förblir samma som idag (orangea linjer) – varken ökande eller minskande risk. Det andra scenariot är antal fall givet att länet fortsätter riskutvecklingen så som det sett ut senaste 15-20 åren, det vill säga en ökande risk att insjukna i åldersgruppen 65-79 år och även kvinnor 80 år eller äldre men en fortsatt minskande risk bland män 80 år eller äldre (svarta linjer).

6.3 Slutsatser cancer

När det gäller antalet personer som insjuknar i maligna tumörer tyder allt på att det kommer öka stort närmaste tjugo åren. Risken att få cancer ökar med

stigande ålder och befolkningen över 65 år ökar. Givet dessutom att länet fortsätter ha en ökad *risk* för insjuknande i cancer på samma sätt som senaste åren i åldersgruppen 65-79 år samt kvinnor 80 år eller äldre så kommer antal nya cancerfall vara mer än 25 procent högre år 2035 jämfört med idag. Även om risken att insjukna skulle förbli som år 2015 så skulle den demografiska utvecklingen i länet med fler äldre, innebära en markant ökning av antal nya fall cancer per år. Detta kommer att innebära en ökad belastning på sjukvården i hela vårdkedjan, från utredning och diagnostik till behandling och rehabilitering. Ett cancerinsjuknande innebär ofta en längre tids vårdbehov, ofta flera år, vilket gör att antalet personer som kommer leva med en cancerdiagnos samt ha behov av vård riskerar att ackumuleras fram till år 2035 om inte insjuknandet minskar.

För att behålla samma antal fall av insjuknande i cancer som idag, behövs en tydligt minskande risk för att få malign tumör, vilket till viss del kan åstadkommas via levnadsvaneförändringar, så som minskad tobaksrökning, minskat alkoholriskbruk, ökad fysisk aktivitet och goda kostvanor. Nya preventiva insatser till exempel vaccinering av unga flickor mot hpv kommer i framtiden också ge lägre insjuknande.

7 Höftledsfrakturer

7.1 Allmänt och utveckling

En vanligt förekommande diagnos bland äldre är höftfraktur (varav hälften är frakturer på den egentliga lårbenshalsen). År 2015 rapporterades drygt 600 höftfrakturer inom slutenvården i Norrbotten. Patienterna med höftfraktur utgörs till 2/3 delar av kvinnor och 1/3 av män. Könsskillnaden beror på att det finns fler kvinnor i de äldre åldersgrupperna och på en mer uttalad benskörhet hos kvinnorna. Procentandelen män har succesivt ökat något. 9 av 10 av de som drabbas av höftfraktur är 65 år eller äldre²⁹. Medelåldern för att drabbas av höftfraktur är 82 år. Patienter med höftfraktur löper 2,5 gånger högre risk att få en ny osteoporosbetingad fraktur. Dödligheten är ökad med 15–25 procent året efter en höftfraktur³⁰.

Från tidigare kontinuerligt stigande incidens alltsedan 1940-talet och framåt i Sverige rapporteras nu en stabilisering eller en minskning av antalet höftfrakturer.³¹ År 2015 rapporterades mer än 18 000 höftfrakturer inom slutenvården i landet. År 1998 rapporterades cirka 21 000 höftfrakturer. Antalet har minskat något över tid bland kvinnor, medan män har en svag ökning av höftfrakturer. Att insjuknandet inte sjunker bland männen i riket som för kvinnorna kan förmodligen förklaras av en ökande medellivslängd samt en lägre förskrivning av läkemedel mot benskörhet.³² En tänkbar förklaring till minskningen bland kvinnor kan vara att sjukligheten flyttats upp i åldrarna över 85 år. Bättre levnadsförhållanden bland de äldre över tid tillsammans med ”peakad” och bättre behandlad osteoporos kan vara möjliga orsaker till att antalet kvinnor med höftfraktur minskar över tid.

²⁹ Socialstyrelsens databas för diagnoser i slutenvård.

³⁰ Rikshöft 2015. Årsrapport. http://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/%C3%85rsrapport_2015.pdf

³¹ Läkartidningen 2006;40:103.

³² Sjukdomspanoramat i Stockholm – idag och i framtiden. Karolinska institutet 2010:25

Problemet med osteoporos och benskörhetsfrakturer får sin största konsekvens i samband med just höftfraktur. Bakomliggande orsaker till en höftfraktur är osteoporos tillsammans med falltendens, viktigaste riskfaktorn är osteoporos tillsammans med hög ålder³³ Osteoporossjukdom är relaterad till vissa riskfaktorer som låg vikt, ärftlighet för fraktur och rökning. Fysisk aktivitet med dagliga promenader har visat sig minska risken för frakturer. Även nutritionen har betydelse för osteoporos och frakturer. Läkemedelsbehandling har också visat sig vara gynnsam, t.ex. förebygger läkemedelsbehandling av äldre med uttalad osteoporos och prevalentia frakturer nya frakturer bättre än hos patienter utan fraktur³⁴.

Höftfraktur tillhör de mest vårdkrävande grupperna inom sjukvården. Alla dessa patienter behöver operation och sjukhusvård. De konsumerar inom ortopedin 25 procent av samtliga vårddagar på sjukhus³⁵.

Jämfört med riket i genomsnitt är risken för höftfrakturer bland äldre högre i norrlandslänen även om en tydlig minskning har skett. Mer om utvecklingen av insjuknandet i de äldre åldersgrupperna, antal fall per 100 000 i befolkningen, samt framskrivning i bilaga 1.4.

³³ VGR (2005) Regionalt vårdprogram, Osteoporos. Västra Götalandsregionen Regionkansliet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

³⁴ Läkartidningen 2006;40:103.

³⁵ Rikshöft 2015. Årsrapport. http://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/%C3%85rsrapport_2015.pdf

7.2 Antal höftfrakturer kommer öka successivt

Diagram10. Ökat antal höftledsfrakturer

Utveckling till och med år 2015 och framskrivning till och med år 2035 antal patienter med höftfrakturer bland befolkningen 65 år eller äldre i Norrbottens län, fördelat på åldersgrupp och kön. Mått: antal patienter per år

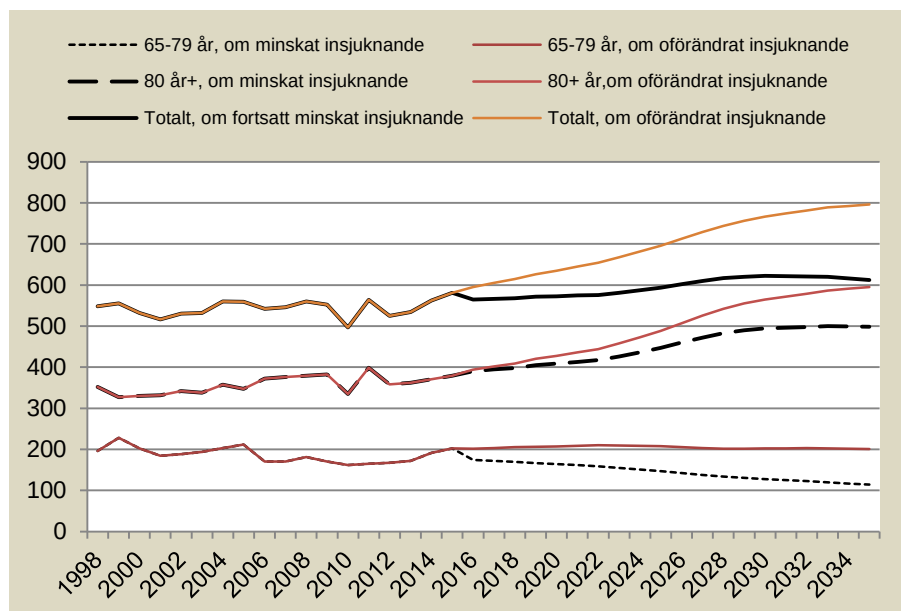


Diagram 10 ovan visar antal höftfrakturpatienter, 65 år eller äldre i Norrbotten mellan år 1994 och 2015 totalt. Antalet har legat relativt stabilt senaste 15 åren trots att antalet äldre har ökat. Detta tack vare att risken för att drabbas av höftledsfraktur har minskat. Diagrammet visar också en prognos av antalet patienter med höftfraktur mellan år 2016 och 2035 givet två olika scenarier. Det ena scenariot är antalet fall givet att risken att insjukna förblir samma som idag (orangea linjer) och det andra givet att länet fortsätter att minska risken att insjukna (svarta linjer).

Även om risken att drabbas av höftfraktur har minskat bland äldre i Norrbotten och skulle fortsätta göra det i samma takt närmaste åren kan länet räkna med att antal höftfrakturer kommer öka. Skulle risken ligga kvar på samma höga insjuknandenivåer som idag handlar det om dryga 200 fler patienter (65 år eller äldre) med höftfrakturer per år när år 2035 närmar sig. Minskar länet risken att insjukna i samma takt som hittills, får länets hälso- och sjukvård ändå räkna med en successiv ökning, som tar fart runt år 2025 och tillslut landar på ett 100-tal fler höftfrakturpatienter årligen. Ska Norrbotten ha ett

oförändrat antal höftfrakturer jämfört med år 2015, måste länet hamna på insjuknande som är lägre än de bästa länen har idag.

7.3 Slutsatser höftledsfrakturer

Antalet patienter med höftfrakturer kommer med all sannolikhet att öka successivt närmaste tjugo åren. En fortsatt upptrappning av preventivt arbete genom exempelvis behandling av osteoporos och benskörhet liksom fysisk aktivitet bland äldre skulle minska risken för insjuknande och ge en måttligare ökning. Även ett samarbete med kommunerna för ett strukturerat förebyggande arbete för att minska fallskador i hemmen och äldres närmiljö kan ge positiv effekt på framtida utvecklingen.

8 Diabetes

8.1 Allmänt och utveckling

Över 400 000 personer i Sverige hämtar ut diabetesläkemedel varje år. Prevalensen av diabetes i Sverige har beräknats till 4–5 procent för båda typerna av diabetes³⁶ sammantaget. Förhöjda glukosnivåer i nivån under gränsen för diabetes är förenat med ökad risk att utveckla diabetes. Detta tillstånd beräknas finnas hos 8–10 procent av befolkningen.³⁷ Generellt ökar diabetes i världen, medan diabetesförekomsten i Sverige är relativt stabil. I Sverige minskar insjuknandet och dödligheten i hjärtsjukdom, framför allt av hjärtinfarkt, något som också gäller diabetesgruppen. Det finns en ökad överlevnad i diabetesgruppen, även om det fortfarande är en överrisk i mortalitet vid både typ 1- och typ 2-diabetes³⁸.

Ett utdrag från datalagret i Region Norrbotten av andel i Norrbottens läns befolkning med diabetes, visar att förekomsten av diabetes i befolkningen totalt är 5,3 procent. Därutöver är andelen med diabetes i åldersgruppen 65–79 år 14,3 procent och 14 procent i åldersgruppen över 85 år³⁹. Det finns en tydlig socioekonomisk gradient i diabetesförekomst där både utbildning, inkomst och socioekonomisk status är kopplat till diabetes typ 2 till nackdel för personer med kortare utbildning, otrygg ekonomi samt lägre socioekonomisk status⁴⁰.

Det är betydligt vanligare att ha diabetes bland personer med övervikt eller fetma jämfört med övriga. Då fetma är vanligare i Norrbotten än i riket

³⁶ Typ 1 omfattar ca 5–10 procent, typ 2 ca 85–90 procent av all diabetes.

³⁷ Utdrag från SVEUS (2015) Värdebaserad uppföljning av diabetesvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem. 2015:6.

³⁸ <http://www.janusinfo.se/Nyheter/Nyhetslista/2015/Ingen-okad-incidens-av-diabetes-i-Sverige/>; se även Diabet Med. (2015); Jansson SPO, Fall K, Brus O, Magnuson A, Wändell P, Östgren CJ, Rolandsson O. Prevalence and incidence of diabetes mellitus - a nationwide population-based pharmaco-epidemiological study in Sweden. Diabet Med. 2015 Feb 7. doi: 10.1111/dme.12716. [Epub ahead of print].

³⁹ Unika patienter, räknas bara en gång även om de haft flera besök. Omfattar alla besökstyper i öppenvård år 2015 med diagnos diabetes.

⁴⁰ Utdrag från SVEUS (2015) Värdebaserad uppföljning av diabetesvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem. 2015:6.

skulle skillnaderna mellan län och riket vad gäller diabetes därmed till viss del kunna tänkas förklaras av den högre andelen med övervikt och fetma i Norrbotten.⁴¹ Förutom övervikt och fetma utmärker sig en rad livsstilsfaktorer såsom för lite fysisk aktivitet, stillasittande, matvanor och tobaksrökning som viktiga riskfaktorer för typ 2-diabetes. Barn med låg eller hög födelsevikt har en ökad risk för att senare utveckla typ 2-diabetes.

Det är väl känt att livsstilsförändringar minskar risken för att få diabetes. En stor del av typ 2 diabetes är möjlig att förebygga eller skjuta upp. Det handlar om ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, ändrad kost och även rökstopp. För att bromsa utveckling av kärlkomplikationer, är behandling av blodsockernivå, blodtryck och blodfetter central för att reglera den manifesta diabetesen⁴².

8.2 Fler äldre leder till fler diabetespatienter

Cirka 14 procent av befolkningen som är 65 år eller äldre i Norrbotten har diagnosen diabetes (typ 1 eller 2).⁴³ Det är ingen skillnad i förekomst i åldersgruppen 65-79 år eller i gruppen 80 år eller äldre och inte heller någon större skillnad mellan män och kvinnor.

Ingen känd utveckling finns vad gäller hur risken att få diabetes har ändrats över åren och enligt experter på området har prevalensen varit relativt stabil i Sverige. För att skatta framtida antal fall diabetes används därför endast en rak framräkning där scenariot gäller givet att insjuknandet ser ut som idag (*ingen förbättring eller försämring antagen*).

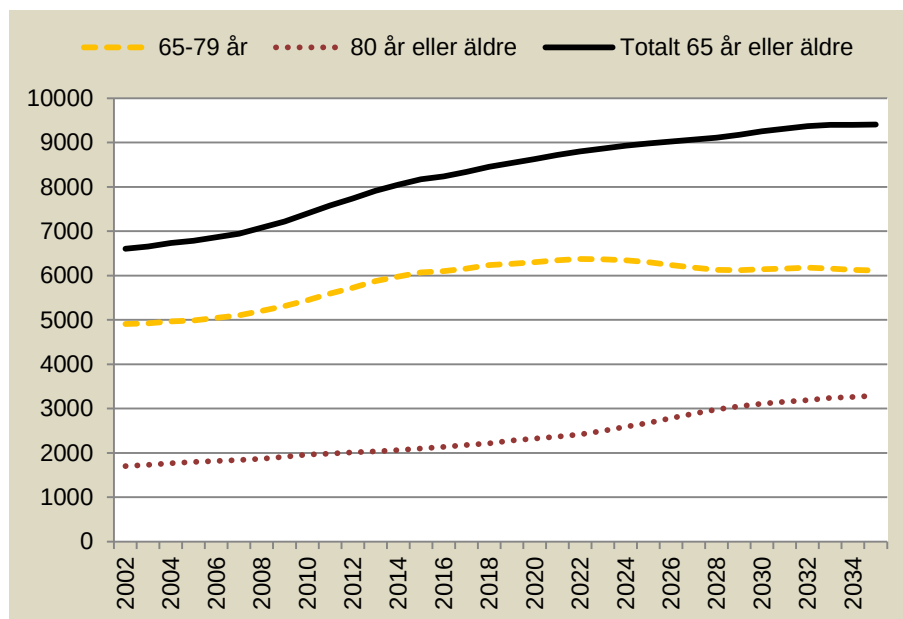
⁴¹ Norrbottens läns landsting (2015) Hälsa, levnadsvanor och social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv. Enheten för folkhälsa.

⁴² Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009

⁴³ Källa, Datalagret Region Norrbotten. Diagnoser i primärvården.

Diagram 11. Ökat antal invånare med diabetes

Utveckling till och med år 2015 och framskrivning till och med år 2035 av antal i befolkningen 65 år eller äldre med diabetes typ 1 eller 2, i Norrbottens län, fördelat på åldersgrupp. Mått: antal invånare



Eftersom att inga uppgifter finns om tendens till minskning eller ökning i risk för insjuknande i diabetes så följer ökningen i antal fall helt den demografiska utvecklingen.

Sedan år 2002 har antal diabetesfall i länet ökat med ungefär 20 procent till år 2017, det vill säga en markant ökning har redan skett. Fram till 2035 beräknas antalet fall öka ytterligare cirka 13 procent givet att ingen förändring sker i insjuknande.

8.3 Slutsatser diabetes

Antalet personer med diabetes kommer med stor sannolikhet att öka närmaste tjugo åren som direkt följd av ökat antal äldre. Diabetes är en av de vanligaste orsakerna för äldre att besöka primärvården (se avsnit 3.2.1). Lyckat preventivt arbete kan ge stora vinster eftersom att en stor del av all diabetes typ 2 kan förebyggas genom åtgärder som rör exempelvis mat och motion som leder till viktnedskning. I enlighet med nationella riktlinjer för diabetesvård bör hälso- och sjukvården därför erbjuda strukturerade program för påverkan på levnadsvanor (kost och fysisk aktivitet). Förebyggande av diabeteskomplikationer hos patienter blir också viktigare de närmaste åren genom bland annat patientutbildning för egenvård (kost och fysisk aktivitet

samt att sluta röka) och via intensiv behandling av glukosnivåer och kontroller.

9 Demens

9.1 Allmänt och utveckling

Det finns ungefär 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige⁴⁴. Av dessa har ungefär 65 procent Alzheimers sjukdom, 10 procent vaskulär demens och 5 procent frontallobsdemens. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Det betyder att drygt 4500 personer i Norrbotten som är 65 år eller äldre har en demenssjukdom. Ålder är den viktigaste riskfaktorn för demens. Vissa riskfaktorer för demenssjukdom går att påverka i förebyggande syfte. Det kan göras exempelvis genom behandling mot högt blodtryck i medelåldern, fysisk aktivitet samt mentalt och socialt stimulerande aktiviteter.⁴⁵

Dödligheten i demenssjukdomar har ökat och är nu drygt fyra gånger högre än 1987, för både kvinnor och män. En anledning till den ökade dödligheten är att läkare har blivit mer benägna att sätta demens som dödsorsak.⁴⁶ Det finns inget som tyder på att risken att insjukna i demenssjukdom har ökat under senare år. Däremot kommer antalet personer med demenssjukdom att öka efter år 2020, när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder (80 år och äldre) vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället.⁴⁷ Kostnaderna för vård och omsorg av demens är betydande, speciellt för kommunerna. Kommunerna står idag för cirka 85 procent av kostnaderna, främst på grund av särskilda boenden. De anhörigas vårdinsatser representerar också ett stort samhällsvärde både i mänskliga och ekonomiska termer.

⁴⁴ Det finns inget register eller heltäckande individbaserad inventering som visar antalet demenssjuka i Sverige. Därför är de underlag som presenteras skattningar, baserat på demografi (antal personer i olika åldersklasser) och dels epidemiologiska studier som visar på incidens och prevalens av sjukdomen. (Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Socialstyrelsen).

⁴⁵ Kunskapsguiden.se
<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Demenssjukdomar/Sidor/default.aspx>

⁴⁶ SKL och Socialstyrelsen (2014) Öppna jämförelser 2014. Vård och omsorg om äldre jämförelser mellan kommuner och län. Socialstyrelsen (2014) Demenssjukvårdens samhällskostnader i Sverige 2012.

⁴⁷ Socialstyrelsen (2014) Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom

Hälso- och sjukvårdens roll i demensvården handlar till stor del om demensutredningar (basala och utvidgade). Sedan handlar det ofta om regelbundna uppföljningar av insatta åtgärder, behandling av beteendemässiga eller psykiska symtom som är vanliga vid demenssjukdomar. Det kan exempelvis handla om depression, mani eller hypomani, ångest, agitation, hallucinationer eller vanföreställningar.⁴⁸

Bristande täckningsgrad i kvalitetsregistret SveDem – framförallt inom primärvården – gör att det i dagsläget saknas tillförlitlig information om hur många som genomgår en demensutredning och får en demensdiagnos i respektive landsting. De uppgifter som finns registrerade i SveDem tyder dock på att det finns stora skillnader mellan landstingen, och att det sannolikt finns en relativt stor grupp personer som inte utreds – varken inom primärvården eller inom specialistvården. Förskrivningen av demensläkemedel varierar också avsevärt mellan olika landsting. För att identifiera personer med behov av demensvård krävs en nära samverkan med kommunerna⁴⁹. Bland personer med kortare utbildning och personer födda utanför Norden är det färre som får behandling med demensläkemedel. Däremot behandlas dessa grupper i högre grad med antipsykosmedel.⁵⁰

9.2 Fler äldre leder till fler med demens

Enligt Socialstyrelsens rapport från 2014 var ca 160 000 i Sverige drabbade av demens år 2012 varav 150 000 var 65 år eller äldre. Det är framförallt vanligt i gruppen 80 år eller äldre där ungefär var femte har en demenssjukdom. Givet att det är 150 000 totalt i gruppen 65 år eller äldre så betyder det att ca fyra procent av 65-79 åringarna är drabbade av demens.

⁴⁸ Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen.

⁴⁹ Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014

Socialstyrelsen

⁵⁰ Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning, (2016) Socialstyrelsen

Diagram 12. Ökat antal med demens

Skattning av antal i befolkningen med demens fram till år 2035 i åldern 65 år eller äldre i Norrbottens län fördelat på åldersgrupp. Mått: antal invånare

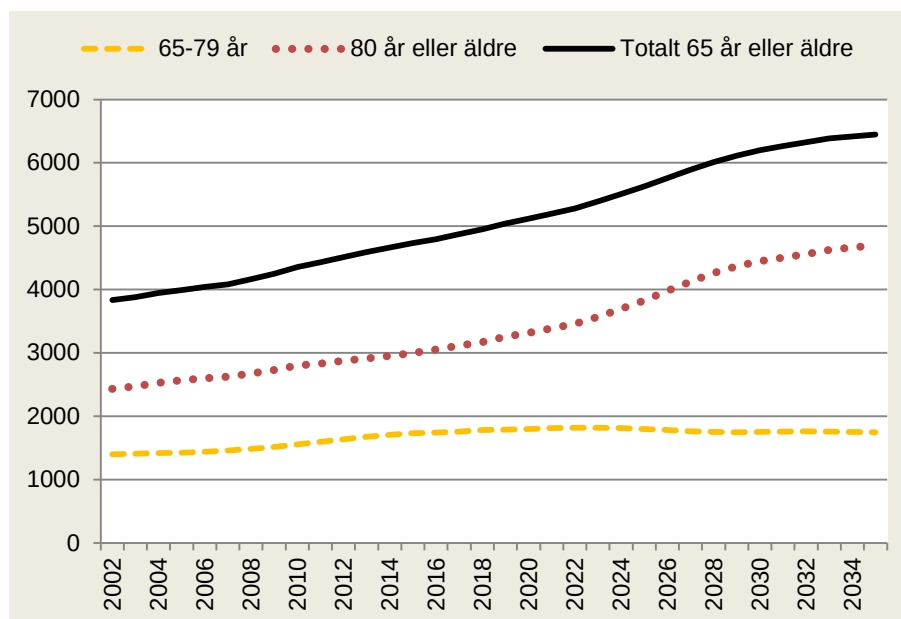


Diagram 12 visar skattat antal med demenssjukdom i Norrbottens län över tid givet att ungefär fyra procent av befolkningen 65-79 år har demenssjukdom och 20 procent av befolkningen 80 år eller äldre. År 2035 kan Norrbotten förväntas ha drygt 1500 fler invånare med demenssjukdom än år 2015.

Den större delen av demensvården berör kommunerna via hemsjukvård men också särskilt boende. För hälso- och sjukvården handlar det om ökat antal demensutredningar, kontakt och information för anhöriga och regelbundna och systematiska uppföljningar av införda åtgärder som ex vis behandling av beteendemässiga och psykiska symtom.

9.3 Slutsatser demens

Demens är ett område bland många som kommer att växa. För hälso- och sjukvården är det inte den tyngsta kostnadsbäraren. Det är framförallt kommunerna som kan räkna med stora kostnadsökningar och ökade behov inom detta område. Arbete för minskad risk i insjuknande i demens kan göras via exempelvis behandling mot högt blodtryck i medelåldern, stimulera och

motivera till fysisk aktivitet samt mentalt och socialt stimulerande aktiviteter.

10 Sammanfattande slutsatser

10.1 Vårdbehovet ökar men är påverkbart

Vårdbehovet kan förväntas öka successivt inom flera områden och tar fart runt år 2020 då 40-talister blir 80-åringar. Vårdbehovet går till stor del att påverka. Trots en åldrande befolkning så går antalet som insjuknar i exempelvis hjärtinfarkter att hållas under kontroll via preventivt arbete och behandling. Insatser som främjar fysisk aktivitet, goda matvanor, rökstopp kan ge stora effekter på hälsan och inflödet av patienter i hälso- och sjukvården. Även samarbete med kommuner för att få en sammanhållen vård av äldre kommer vara viktigt framöver liksom i det preventiva arbetet för att främja en så god hälsa som möjligt under äldre dagar. Diabetes typ två är en av de vanligaste orsakerna till besök i primärvården och kan i stor del av fallen förebyggas med goda levnadsvanor eller förskjutas. Cancer, demens och höftledsfrakturer går också att förebygga via levnadsvanor eller behandling. Screening är ett sätt att tidigt upptäcka och behandla risk och tidig cancer vilket kan minska senare dyra behandlingar och sjuklighet.

10.2 Cancer riskerar bli största kostnadsökningen framöver och därför ett område att bevaka liksom höftfrakturer och ögonsjukdomar

Cancer är förmodligen området där största kostnadsökningen kommer ses om inte utvecklingen tar en helt annan vändning än hittills vad gäller risk för insjuknande och utsatthet för riskfaktorer i befolkningen. Även höftfrakturer och ögonrelaterade sjukdomar bör ses som observandum eftersom de är väldigt kopplade till hög ålder och i fallet med ögonsjukdomar har hög besöksfrekvens.

10.3 En utmaning att jämna ut förutsättningar till hälsa bland äldre

Den ojämlika hälsan är en utmaning även i äldre befolkningen när det gäller att lyckas jämna ut och kompensera för olika gruppers förutsättningar. Ojämlikt insjuknande och förekomst av risklevnadsvanor i befolkningen har koppling till socioekonomisk ställning. Viktigt att lyckas utforma insatser så att de når de mest utsatta grupperna.

10.4 Kartlägg och effektivisera utvalda vårdprocesser

Inom alla vårdområden där äldre är överrepresenterade bör kartläggning och planering göras för att ta hänsyn till den framtida utvecklingen. Viktigt att titta på vårdprocesserna där en stor del av äldre patienterna hittas exempelvis diabetes eller ögon. Kan Region Norrbotten göra dessa processer smidigare? Går det att standardisera den större delen av vården så kan resurserna bli större för de med komplexa vårdbehov. Går det i framtiden att förskjuta en del av processerna till hemmet eller till digital stödlösning? Eller kan samarbete med annan aktör gynna flödet?

10.5 Kartlägg yngres vårdprocesser och digitalisera

Yngre befolkningen är en grupp som tidigt har mött digitala verktyg och förmodligen är mest välkomnade till digitala verktyg. Till kommande kartläggningar kan därför vara givande att se på yngre åldersgrupper och vad som är deras vanligaste vårdbehov. Går de vanligaste vårdprocesserna att standardisera, digitalisera eller på annat sätt effektiviseras? Går de vårdbehoven att förebygga? Detta för att lämna utrymme till de vårdbehov som inte går att förebygga. Kan vara svårare att arbeta med digitalisering i äldsta åldersgrupperna och därför kanske satsa på annan typ av effektivisering bland äldre och låta yngres vårdprocesser bli föregångare inom digitala vården.

10.6 Utred hur samverkan med kommunerna kan bli ännu bättre och hur den bör se ut i framtiden

Det är troligt att ökningen av antalet äldre kommer kräva mycket av både kommuner och hälso- och sjukvården. Både kommun och hälso- och sjukvård har ett egenintresse i att behålla den äldre befolkning så frisk som möjligt. Hur kan kommun och hälso- och sjukvård bäst samverka för att hålla äldre befolkningen så frisk som möjligt? Hur förse äldre patienter bästa möjliga vårdförlopp? Dagens frågor om trygga, snabba smidiga hemgångar från sjukhus kan i framtiden ha växt till många fler fall eller kan handla om helt annan typ av vård. Hur äldres hälso- och vårdförlopp kommer se ut kan till stor del bli ett resultat av hur väl samverkan fungerar.

Referenser

Hälsa, levnadsvanor och social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv”. Norrbottens läns landsting (2016) ; ”Folkhälsan i Sverige 2016”, Folkhälsomyndigheten (2017)

”Vård av äldre med omfattade vårdbehov”. Socialstyrelsen Hälso och sjukvårdsrapport 2009.

Folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?”, 2014, Folkhälsomyndigheten

”Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar” FHI 2005:6

”Åtta utmaningar och en besvärjelse, kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025” (2016)

Delårsrapport Region Norrbotten April 2017.

”Prioriterade utvecklingsområden och Norrbottens läns landsting”, 2015, Norrbottens läns landsting.

”Vård av äldre med omfattade vårdbehov”. Socialstyrelsen Hälso och sjukvårdsrapport 2009.

”Öppna jämförelser 2013” Läkemedelsbehandlingar, jämförelser mellan landsting.

”Sjukdomspanoramat i Stockholm – idag och i framtiden”. 2010:25 Karolinska institutet (2010)

”Hjärtinfarkter 1994-2014”. Socialstyrelsen (2015)

”Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013”. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013)

”Folkhälsorapport 2009”. Socialstyrelsen (2009)

”Folkhälsan i Sverige 2016”, Årlig rapportering Folkhälsomyndigheten (2017)

Cancerfonden <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/vad-orsakar-cancer>

”Rikshöft 2015.Årsrapport”. http://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/%C3%85rsrapport_2015.pdf

Läkartidningen 2006:40:103.

”Regionalt vårdprogram, Osteoporos”. Västra Götalandsregionen (2005) Regionkansliet, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

“Värdebaserad uppföljning av diabetesvård – analys från framtagande av nya uppföljningssystem”. 2015:6.

<http://www.janusinfo.se/Nyheter/Nyhetslista/2015/Ingen-okad-incidens-av-diabetes-i-Sverige/>;

“Prevalence and incidence of diabetes mellitus - a nationwide population-based pharmaco-epidemiological study in Sweden”. Diabet Med. (2015); Jansson SPO, Fall K, Brus O, Magnuson A, Wändell P, Östgren CJ, Rolandsson O. Diabet Med. 2015 Feb 7.

”Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012” SKL och Socialstyrelsen.

Kunskapsguiden.se

<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Demenssjukdomar/Sidor/default.aspx>

”Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre jämförelser mellan kommuner och län”. Socialstyrelsen (2014)

“Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014” Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning, (2016) Socialstyrelsen

Datalagret Region Norrbotten. Diagnoser i primärvården

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Databas Kolada

Patientregistret, Socialstyrelsen

Cancerregistret, Socialstyrelsen

Hjärtinfarktsregistret, Socialstyrelsen

SCB, Statistiska centralbyrån

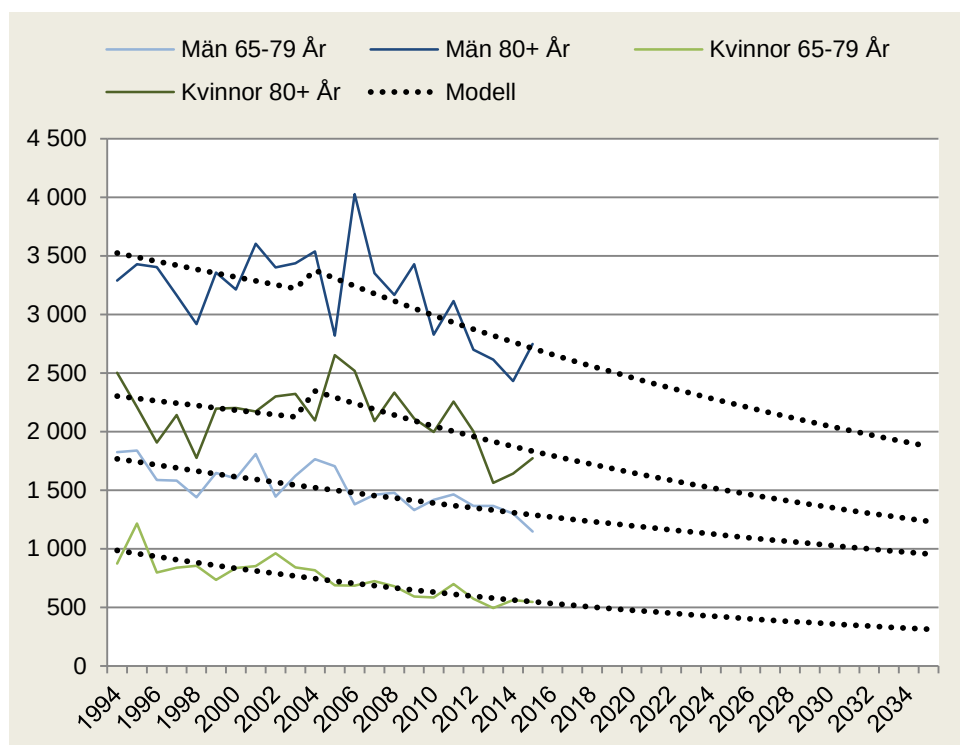
Bilagor

1 Framskrivning av risk att insjukna

1.1 Minskande risk för hjärtinfarkt bland äldre

Diagram 1.1 Minskad risk att få hjärtinfarkt

Utveckling och framskrivning av risk för insjuknande i Norrbottens län fördelat på åldersgrupp och kön. Mått: antal första fall per 100 000 invånare



Kommentar: Helden linje visar antal förstagångfall per 100 000 i befolkningen som det har sett ut år 1994 tom 2015. Streckad linje visar modell av utveckling 1994 tom 2015 och därefter en framskrivning av åren framåt.

Diagram 1.1 visar hur insjuknandet i hjärtinfarkt har utvecklats över tid i Norrbotten bland äldre män och kvinnor fram till år 2015, samt en framskrivning av insjuknandet givet att utvecklingen fortsätter. Risken bland äldre att få en första hjärtinfarkt har minskat stadigt i länet i alla åldersgrupper. När det handlar om förstagångsinsjuknande visar det på ett lyckat arbete med förebyggande insatser i form av primär prevention via bättre behandlingsmetoder och medicinering av riskfaktorer men också förbättrade levnadsvanor.

Jämfört med riket har Norrbottens län trots sina förbättringar högst insjuknanderisk i alla åldersgrupper i hjärtinfarkt. År 2015 låg det län, Stockholms län, som hade lägst insjuknande i hjärtinfarkt på ungefär 340 fall av första insjuknande per 100 000 invånare bland kvinnor 65-79 år, rikets genomsnitt på drygt 400 fall och Norrbottens län på 547 fall av första insjuknande per 100 000. Bland män i samma åldersgrupp låg länet med lägst insjuknande i hjärtinfarkt, Stockholms län, på ca 760 fall av första insjuknande per 100 000 invånare, rikets genomsnitt låg på ca 870 fall och Norrbottens län låg på 1147 fall av första insjuknande per 100 000.

Givet att utvecklingen ibland kvinnor och män 65-79 år fortsätter i samma takt skulle risken minska bland länets kvinnor med 2 procent per år och knappt 1 procent per år bland männen och sedan, år 2035, landa något lägre i risk Stockholms län har idag.⁵¹

I åldern 65-79 år tillkommer ungefär ytterligare 30 procent fall återinsjuknande i hjärtinfarkt.

Bland män och kvinnor 80 år eller äldre, är risken att få en hjärtinfarkt avsevärt högre än i de yngre grupperna, se diagram 1.1. Bland kvinnor 80 år eller äldre låg Norrbottens län på 1773 första fall per 100 000 invånare år 2015, rikets genomsnitt på ca 1400 fall och länen med lägst insjuknande, Kalmar och Stockholms län, på cirka 1200 fall av första insjuknande per 100 000 invånare. Bland männen i samma åldersgrupp låg insjuknandet i Norrbotten på 2710 fall per 100 000 i befolkningen. Rikets genomsnitt låg på ca 2000 fall per 100 000 och länen med lägst insjuknande på cirka 1500-1700 fall av första insjuknande per 100 000 invånare.

Modellerna som används för framskrivning för män och kvinnor 80 år eller äldre är en kombination av två varianter där hänsyn är tagen till utveckling

⁵¹ Den exponentiella modellen för kvinnor 65-79 år kan till 75 procent förklara utvecklingen som den sett ut åren 1994 tom 2015 ($R^2=0.75$) och bland män 60 procent ($R^2=0.6$)

sedan 1994, men också till att en betydligt snabbare minskning ses bland äldre kvinnor från och med år 2004 och män från år 2006.

Givet att utvecklingen fortsätter enligt modellernas framskrivningar skulle risken i länet minska med 1,5 procent per år bland äldre kvinnor under 20 år och sedan landa ungefär där de bästa länen ligger idag på drygt 1200 fall per 100 000. Bland äldre män betyder det ungefär samma minskning per år (1,6 procent) och i så fall 1800 fall per 100 000 invånare år 2035.⁵²

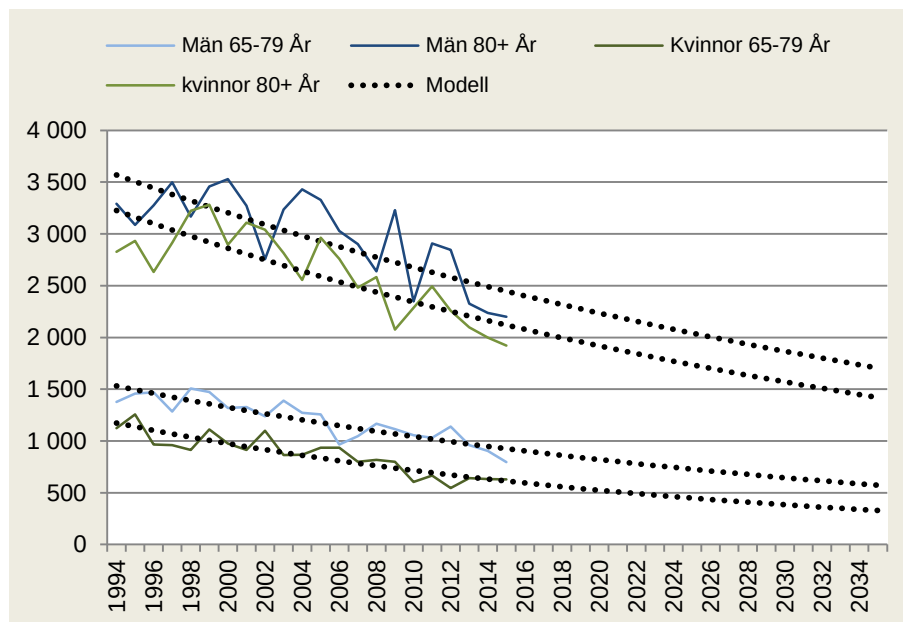
Inget kan garantera att utvecklingen kommer se ut som den har gjort senaste åren, däremot talar andra läns nivåer år 2015 för att Norrbotten har möjlighet till en fortsatt minskad risk för insjuknande. Om förbättringen kommer bli så stor som framskrivningen tyder på är dock kopplat till en stor osäkerhet och beror av de insatser som görs under framtida åren vad gäller prevention i form av behandling och befolkningens att ändra levnadsvanor.

⁵² Utfall för 80 år och äldre är extra svår att förutspå. Kan vara brantare minskning om hänsyn endast tas till de senaste 10 årens utveckling då risken i så fall skulle landa på 1000 fall per år. Här väljs dock att använda en något försiktigare prognos där en kurva men minskningstakt sedan år 2004 kombineras med en totalkurva som tar hänsyn till tidigare årens plana utveckling.

1.2 Minskande risk att få stroke bland äldre

Diagram 1.2 Minskad risk att få stroke

Utveckling och framskrivning av risk för insjuknande i Norrbottens län fördelat på åldersgrupp och kön. Mått: antal första fall per 100 000 invånare



Kommentar: Heldragen linje visar antal förstagångfall per 100 000 i befolkningen som det har sett ut år 1994 tom 2015. Streckad linje visar modell av utveckling 1994 tom 2015 och därefter en framskrivning av åren framåt.

Risken att få en stroke är ökande med stigande ålder, men i likhet med riskminskningen för hjärtinfarkt så har risken bland äldre att få en första stroke minskat stadigt.

Norrbottens län ligger trots sina förbättringar bland länen med högst insjuknanderisk. År 2015 låg de län, Halland och Uppsala län, som hade lägst insjuknande i stroke på ca 400 fall av första insjuknande per 100 000 invånare bland kvinnor 65-79 år, rikets genomsnitt på 533 fall och Norrbottens län på 633 fall av första insjuknande per 100 000.

Bland männen ligger Örebro bland länen med lägst insjuknande i stroke på 623 fall av första insjuknande per 100 000 invånare år 2015 (därefter följt av Halland). Rikets genomsnitt ligger på ca 770 fall per 100 000 invånare och Norrbotten på 904 fall per 100 000. Endast ett län ligger sämre till vid jämförelsen. Det finns därmed stor potential till förbättring.

Fortsätter länet att förbättras i den takt som gällt senaste åren kommer risken att halverats bland kvinnor i åldern 65-79 år till år 2035 och landa på ca 330 fall per 100 000. Bland män väntas också en fortsatt minskad risk att få stroke som med dagens takt kommer landa på 586 fall per 100 000 män i åldern 65-79 år.

Halland ligger lågt både bland äldre män och kvinnor, 80 år eller äldre, 1744 respektive 1609 fall per 100 000 bland män respektive kvinnor. Rikets genomsnitt bland äldre kvinnor ligger på ca 1933 fall per 100 000 invånare. Norrbottens län ligger på 1920 första fall per 100 000. Männerna ligger något högre, med rikssiffror 2107 fall per 100 000 och i länet 2200 fall.

Givet att utvecklingen fortsätter enligt modellernas framskrivningar skulle länet minska risken med drygt 1,5 procent per år bland äldre kvinnor under 20 år och landa ungefär där de bästa länen ligger idag på drygt 1400 fall per 100 000. Bland äldre män betyder det ungefär samma minskning per år och i så fall 1800 fall per 100 000 invånare år 2035.⁵³

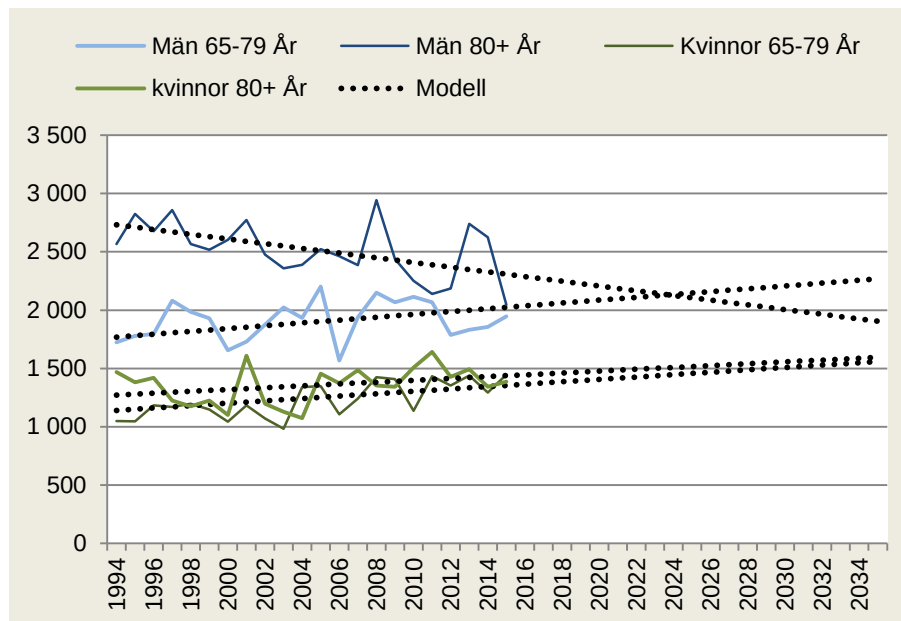
Inget kan garantera att utvecklingen kommer se ut som den har gjort de senaste åren, däremot talar andra läns nivåer år 2015 för att Norrbotten har möjlighet till en fortsatt minskad risk för insjuknande. Om förbättringen kommer bli så stor som framskrivningen tyder på är dock kopplat till en stor osäkerhet och beror av de insatser som görs under framtida åren vad gäller prevention.

⁵³ Utfall för 80 år och äldre är extra svår att förutspå. Kan vara brantare minskning om hänsyn endast tas till de senaste 10 årens utveckling då risken i så fall skulle landa på 1000 fall per år. Här väljs dock att använda en något försiktigare prognos där en kurva men minskningstakt sedan år 2004 kombineras med en totalkurva som tar hänsyn till tidigare årens plana utveckling.

1.3 Ökad risk att insjukna i cancer

Diagram 1.3 Förändrad risk att insjukna i cancer

Utveckling och framskrivning av risk för insjuknande i Norrbottens län fördelat på åldersgrupp och kön. Mått: antal första fall per 100 000 invånare



Kommentar: Heldragen linje visar antal förstagångfall per 100 000 i befolkningen som det har sett ut år 1994 tom 2015. Streckad linje visar modell av utveckling till och med 2015 och därefter en framskrivning av åren framåt.

Diagram 1.3 visar utvecklingen av insjuknandet i maligna tumörer sedan 1994 bland män och kvinnor 65 år eller äldre. Bland män 80 år eller äldre ses en tydligt minskande risk att insjukna medan övriga visar en svag till måttligt ökande risk under perioden. Sedan 1970-talet ses samma utveckling för grupperna bortsett från kvinnor 80- år eller äldre som haft en tydligt minskande risk för insjuknande på samma sätt som männen i samma åldersgrupp. Norrbottens län ligger stabilt över tid lägst eller nära lägsta insjuknandet i maligna tumörer.

År 2015 låg det län, Södermanlands län, som har lägst insjuknande bland kvinnor i maligna tumörer i åldersgruppen 65-79 år på 1442 fall per 100 000 invånare och Norrbotten strax bredvid på 1447 fall per 100 000. Lägst insjuknande i samma ålder bland män fanns i Dalarna och låg på 1888 fall per 100 000 invånare följt av Norrbotten på 1947. Rikets genomsnitt bland kvinnor och män låg på 1758 respektive 2531 fall per 100 000 invånare det vill

säga betydligt högre än i länet. Högst insjuknanderisk hittas i Skåne följt av Blekinge och Halland.

En linjär modell kan till 68 respektive 78 procent förklara utvecklingen bland kvinnor och män 65-79 år, som det sett ut åren 1970 till och med 2015. Givet att utvecklingen fortsätter i samma utvecklingstakt skulle länet öka med en procent per år under 20 år och ändå landa på en något lägre insjuknanderisk än riket redan har idag.

Även bland kvinnor och män 80 år eller äldre ligger Norrbottens län stabilt över tid lägst eller nära lägsta insjuknandet i maligna tumörer. År 2015 är insjuknandet bland kvinnor på 1386 fall per 100 000 invånare tätt följt av övriga norrlandslänen. Rikets genomsnitt låg på 2130 fall, det vill säga betydligt högre. Bland män i Norrbotten låg risken på 2045 fall per 100 000 invånare i länet och rikets genomsnitt på 3627. Högst insjuknanderisk hittas i Skåne och Halland.

Risken för insjuknande i maligna tumörer har minskat tydligt bland kvinnor 80 år eller äldre sedan 1970-talet. Tittar man dock på senaste tjugo åren ser man snarare en svag ökning. Framskrivningen i just detta fall bygger därför på den senare perioden och det antas att utvecklingen kommer gälla ytterligare 20 år till. Den linjära modellen är dock väldigt osäker och förklarar endast 10 procent av utfallet, ger en grov fingervisning om hur framtiden kan tänkas bli om ungefär samma tendenser som idag.

Risken för insjuknande i maligna tumörer har varit svagt dalande senaste 30 åren bland män i äldsta åldersgruppen. Innan dess sågs en ökning av risken. Om den minskade risken fortsätter skulle den då minska 0,5 procent per år. Vid framskrivningen antas samma riskutveckling, men liksom för äldre kvinnor är framskrivningen kopplat till en stor osäkerhet⁵⁴. Eftersom de flesta län ligger betydligt högre är det möjligt att även Norrbotten kan stagnera sin minskning och möjligtvis öka sin risk för insjuknande.

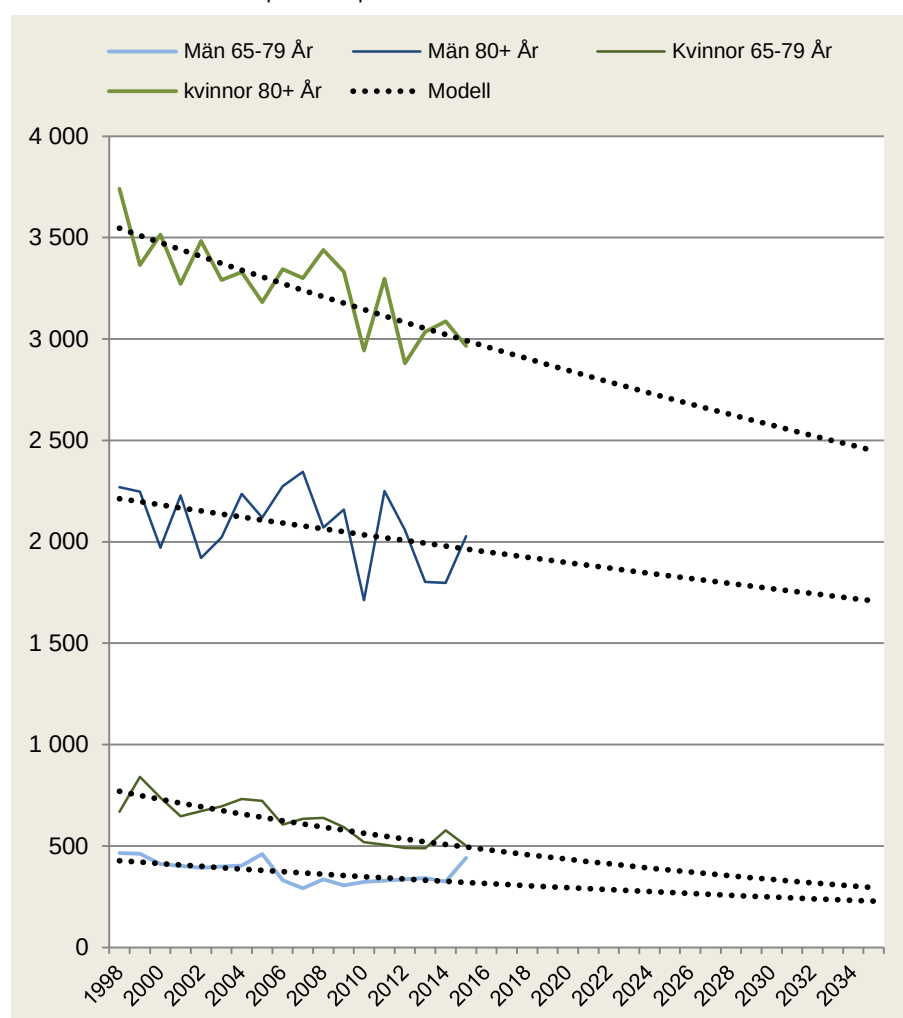
⁵⁴ Förklaringsgraden av linjära modellen är 38 procent ($R^2=0,38$), år 1990 tom 2015, som sedan antas gälla även framåt.

Inget kan garantera att utvecklingen kommer se ut som den har gjort senaste åren, däremot talar andra läns nivåer år 2015 för att Norrbotten möjligtvis kan ha en snabbare ökningstakt framför sig än tidigare och i så fall hamna högre i insjuknande än framskrivningen visar. Samtidigt möjligt att nyare preventionsmetoder så som vaccinering av unga flickor mot hpv kommer visa sig med lägre insjuknande.

1.4 Minskad risk för höftfraktur

Diagram 1.4 Minskad risk för höftfraktur

Utveckling och framskrivning av risk för insjuknande i Norrbottens län fördelat på åldersgrupp och kön. Mått: antal unika patienter per 100 000 invånare



Kommentar: Heldragen linje visar antal förstagångfall per 100 000 i befolkningen som det har sett ut år 1994 tom 2015. Streckad linje visar modell av utveckling 1994 tom 2015 och därefter en framskrivning av åren framåt.

Diagram 1.4 visar hur risken för höftfrakturer har utvecklats över tid i Norrbotten bland äldre män och kvinnor fram till år 2015, samt en framskrivning av insjuknandet givet att utvecklingen fortsätter i samma takt. Risken bland äldre för att råka ut för höftledsfrakturer har minskat stadigt i länet i båda äldre åldersgrupperna bland både män och kvinnor. Lyckad behandling av osteoporos, minskad rökning och ökad fysisk aktivitet har troligtvis bidragit till utvecklingen.

Trots länets förbättringar har Norrbotten tillsammans med övriga norrlands-länen högst insjuknanderisk i riket. Kalmar, Halland, Örebro och Södermanlands län syns återkommande på lägsta nivåerna av höftfrakturer bland äldre. År 2015 låg det län, Hallands län, som hade lägst förekomst av höftfrakturer bland kvinnor 65-79 år på ungefär 280 unika patienter per 100 000 invånare, rikets genomsnitt på drygt 417 fall och Norrbottens län på 501 fall per 100 000 invånare. Bland män i samma åldersgrupp låg länen, Uppsala och Kalmar län, med lägst förekomst på 196 fall per 100 000 invånare, rikets genomsnitt låg på 259 fall och Norrbottens län på 440 unika patienter med höftfrakturer per 100 000 invånare.

Givet att utvecklingen ibland kvinnor och män 65-79 år fortsätter i samma takt skulle risken för att få en höftfraktur minska med ungefär 2 procent per år och sedan, år 2035, landa på ungefär samma risk som Hallands kvinnor respektive rikets män har idag.⁵⁵

Bland män och kvinnor 80 år eller äldre, är risken att få en höftledsfraktur betydligt högre än bland yngre även om det har skett en tydlig förbättring, speciellt bland kvinnorna. Norrbotten ligger jämförelsevis högt med 2965 höftfrakturspatienter per 100 000 kvinnor 80 år eller äldre (rikets genomsnitt 2784). Lägst förekomst har man i de södra länen och år 2015 var Södermanlands län lägst med 2508 höftfrakturspatienter per 100 000 i befolkningen. Bland män i samma åldersgrupp var insjuknandet 2028 patienter per 100 000 invånare i Norrbotten, rikets genomsnitt låg på 1728 fall per 100 000 invå-

⁵⁵ Den exponentiella modellen för kvinnor 65-79 år kan till 73 procent förklara utvecklingen som den sett ut åren 1998 tom 2015 ($R^2=0.73$) och bland män 78 procent ($R^2=0.78$).

nare och länen, Jönköping och Kalmar län, med lägst förekomst 1334 unika patienter per 100 000 invånare.

Skulle kvinnor fortsätta sin branta riskminskning så som det har sett ut senaste 15 åren så kan länet landa på nivåer som är lägre än de lägsta nivåerna idag i riket⁵⁶. Männen i åldersgruppen 80 år eller äldre har haft en planare utveckling även om risken för höftfrakturer minskat. Det är dock svårt att hitta en modell som förklarar utvecklingen. 20 procent av utvecklingen kan förklaras av exponentiell linje och låter man den fortsätta framåt i samma lutning hamnar Norrbotten på en risk i nivå med riket idag, det vill säga runt 1700 unika patienter per år och en knapp procents minskning av risken närmaste 20 åren.

⁵⁶ En exponentiell modell för kvinnor 80 år eller äldre kan förklara 61 procent av utvecklingen som den sett ut åren 1998 till 2015 ($R^2=0.61$). Givet att utvecklingen fortsätter enligt den modellen hamnar länet på nivåer lägre än Södermanlands län har år 2015.

2 Material och metod för framskrivning

2.1 Metod

Metoden för att ta fram ett framtidsscenario, bygger på att via risken att insjukna och via prognostiserat antal i befolkningen ett visst år få fram antal fall av nyinsjuknande. Risken är antingen samma som i nuläget, då en oförändrad sjukdomsrisk förutspås, eller en framskriven insjuknande risk som bygger på bästa möjliga modell som beskriver utvecklingen hittills och närmaste 20 åren. Hur risken för insjuknande kommer se ut i framtiden kan ingen exakt veta, utan det kommer tiden visa. Att i förväg försöka förutspå det kräver vissa antaganden. Denna framskrivning bygger på att risken antingen kan vara helt enligt modellen för kurvan (en exponentiell kurva som avtar med tiden alternativt linjär ekvation) eller en kombination där modellen har anpassats utifrån resonemang om vad som kan vara rimligt.

Antal fall vid tidpunkten t , räknas fram via:

$\text{Antal fall}(t) = \text{Risk att insjukna}(t) \times \text{Antal i befolkningen år}(t)$ (enligt prognos SCB)

Risk att insjukna(t), antas i ett scenario vara samma som år 2015, dvs ingen förbättring eller försämring medans i andra scenariot fås den framtida risken via exponentiell modell (alt linjär framskrivning).

Antal i befolkningen år(t) fås via SCBs befolkningsprognos.

2.2 Material

Uppgifter om befolkningens storlek samt en prognos om den framtida befolkningsstrukturen är hämtade från Statistiska Centralbyrån, SCB. Information om insjuknande är hämtade från Socialstyrelsens patientdatabaser (hjärtinfarktsregistret, slutenvårdsregistret, strokeregistret, cancerregistret) samt Region Norrbottens datalager (förekomst diabetes samt diverse kostnader).

2.3 Diagnoser med framskrivningar

Hjärtinfarkt

Mått: Antal första fall hjärtinfarkt eller sju infarktfria år per 100 000 invånare ICD10 I21 eller I22.

Källa: Hjärtinfarktsregistret, Socialstyrelsen

Stroke

Mått: Antal första fall stroke eller sju strokefria år per 100 000 invånare

Källa: Strokeregistret, Socialstyrelsen

Cancer (Malign tumör)

Mått: Antal nya fall patienter med malign tumör per 100 000 invånare

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Höftledsfraktur

Mått: Antal fall höftledsfrakturer

ICD10 S72

Källa: Patientregistret/Slutenvårdsregistret, Socialstyrelsen

Diabetes

Mått: Andel i befolkningen med diabetes typ 1 eller 2

ICD10 och E11

Källa: Datalagret Region Norrbotten

Demens

Mått: Skattad andel i befolkningen med demenssjukdom

Källa: "Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom" Socialstyrelsen, 2014

www.norrbotten.se

