



Medborgarnas behov av hälso- och sjukvård



REGION
NORRBOTTEN

Innehåll

Inledning	5
Sammanfattning	7
Demografi och behov av hälso- och sjukvård	7
Ekonomi, förvärvsarbete och levnadsförhållanden	11
Levnadsvanor	11
Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård	12
Medborgarnas hälsa	13
Medborgarnas vårdkonsumtion och hälso- och sjukvårdens produktion	13
Kostnad per patient	14
Rekommendationer baserat på styrkor och svagheter	16
1 Demografi och behov av hälso- och sjukvård	21
1.2 Medborgarna i Norrbotten har minskat över tid – en utflyttning som påverkar befolkningen idag	21
1.3 Medborgarna år 2016 - riket och Norrbotten	21
1.4 Beräknad befolkningsökning till år 2035	26
1.5 Försörjningskvot år 2016 och 2035	28
1.6 Demografiska behov i Norrbotten och riket	29
2 Ekonomi, förvärvsarbete och levnadsförhållanden	34
2.1 Primärvårdens ersättningsmodell för resursfördelning	34
2.2 Arbetsmarknaden mot år 2035	35
2.3 Färre med kort- och lång utbildning än i riket	40
2.4 Förvärvsintensitet i länet år 2016	43
2.5 Hög nivå på inkomster i länet	46
2.6 Inkomstfördelning i länet	50
2.7 Sociala relationer	52
3 Levnadsvanor	58
3.1 Självskattade levnadsvanor hos medborgarna	58
3.2 Prevention riktad till riskgrupper	59
4 Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård	64
4.1 Tillgång till hälso- och sjukvård	65
4.2 Förtroende för hälsocentraler	65
4.3 Förtroende för sjukhus	66
4.4 Förtroende för hälso- och sjukvården som helhet	67
5 Medborgarnas hälsa	72
5.1 Medellivslängd	72

5.2	Dödsorsaker	73
5.3	Besök i specialiserad öppenvård i Norrbotten – de största diagnosgrupperna.....	77
5.4	Vårdtillfällen inom specialiserad slutenvård – de största diagnosgrupperna.....	78
5.5	Självskattad hälsa.....	79
5.6	Självskattad tandhälsa.....	80
5.7	Självskattad psykisk hälsa.....	80
5.8	Ersatta dagar från socialförsäkringen.....	81
6	Medborgarnas vårdkonsumtion och hälso- och sjukvårdens produktion.....	86
6.1	Hälso- och sjukvården totalt	86
6.2	Besök i öppenvården.....	88
6.3	Vårdtillfällen i slutenvården	91
6.4	De största diagnosgrupperna inom specialiserad slutenvård	92
	De största diagnosgrupperna i specialiserad öppenvård i Norrbotten.....	93
7	Kostnad per patient	98
	Referenser.....	101

Inledning

År 2015 publicerade Region Norrbotten en rapport om medborgarnas behov av hälso- och sjukvård i Norrbotten. Nu, tre år senare, genomför Region Norrbotten en uppföljande rapport på samma tema.

Analysen omfattar jämförelser på framförallt läns-, riksnivå och delvis på kommunnivå inom centrala områden som medborgarnas hälsa, levnadsvanor, levnadsförhållanden. Därtill redovisas vårdkonsumtion i länet, vårdproduktion totalt och kostnader för vård. Analysen inbegriper också nuvarande och framtida utmaningar när det handlar om att möta medborgarnas behov av hälso- och sjukvård i Region Norrbotten. Arbetet tar sin utgångspunkt i det faktum att andelen äldre blir fler, att vårdbehoven förväntas öka, att kroniska sjukdomar blir allt vanligare, samtidigt som andelen förvärvsarbetande blir allt färre, att skatteunderlaget minskar och att urbaniseringen väntas öka. Samtidigt pågår en intensifierad kunskaps- och teknikutveckling som både kan bidra till att effektivisera hälso- och sjukvården och erbjuda medborgarna nya sätt att få hälso- och sjukvård på.

Det betyder för Region Norrbotten att arbetet för möta framtiden och med att hantera nutida utmaningar i högre utsträckning måste ske parallellt. Områden där vi är komparativt svaga, som t.ex. hjärt-kärl dödlighet och övervikt/fetma, är än mer angelägna att lyfta i ett långsiktigt perspektiv för en hållbar utveckling, av både medborgarnas hälsa och avseende hälso- och sjukvården. Prevention tillsammans med intensifierat arbete för att minska riskfaktorer via behandling, att möta särskilda riskgrupper, samt förbättring av levnadsvanor bland medborgarna framstår som nödvändiga inslag i framtidens hälso- och sjukvård.

Att möta medborgarnas behov handlar i hög utsträckning om att balansera långsiktiga perspektiv med behov av att agera på kortsiktiga resultat. Rapporten införlivar därför kommentarer om pågående arbeten inom Region Norrbotten.

Disposition

Rapporten inleds med en sammanfattning av de viktigaste resultaten. Rekommendationer finns efter sammanfattningen. Varje delrubrik i sammanfattningen motsvaras av ett eget avsnitt i rapporten.

Data och metod

Rapporten baseras främst på registerdata från t.ex. SCB, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsens databas, samt uppgifter från Region Norrbottens datalager. Den metodansats som använts är jämförande analys, framförallt Norrbotten vs riket. Rapporten inrymmer även en del kommunjämförelser.

Sammanfattning

Demografi och behov av hälso- och sjukvård

Medborgarnas behov av hälso- och sjukvård påverkas framförallt av dess storlek och ålderssammansättning. Sett över en 25 års period har antalet medborgare minskat i länet, vilket ger konsekvenser för den befolkning vi ser idag. Befolkningsstrukturen har förändrats med en kraftig ökning av antalet äldre och en kraftig minskning av antalet yngre. Länets medborgare har landets näst högsta medelålder.

Framförallt är det unga kvinnor som flyttar från, eller flyttat från länet. Länet har en lägre andel kvinnor i barnafödande ålder; 20-44 år jämfört med riket. Det riskerar att hämma länets tillväxt, eftersom det är i den åldern de flesta väljer bostadsort och bildar familj. Eftersom det är jämförelsevis få familjer i de åldrar då barnen föds, föds ett lägre antal barn än i riket¹.

År 2016 hade länet den minsta befolkningstillväxten i riket. Det är utrikesfödda som står för den befolkningsökning som ses de senaste åren. Länet har en lägre andel utrikesfödda än i riket och behöver som de flesta skogslän, immigration.

Samtidigt som befolkningens åldersstruktur blir allt mer kostnadskrävande, finns det skillnader mellan rikets och Norrbottens utveckling. Gemensamt är att de demografiska behoven växer snabbare än totalbefolkningen. Mellan år 2014-2025 växer Norrbottens befolkning med i genomsnitt 0,2 procent/år samtidigt som de demografiskt betingade behoven² växer med i genomsnitt 0,5 procent/år. Antalet invånare 20-64 år minskar med i genomsnitt -0,4 procent/år.

Mellan år 2014 och år 2025 växer rikets befolkning med i genomsnitt 0,8 procent/år samtidigt som de demografiskt betingade behoven växer med i genomsnitt 1,2 procent. Antalet invånare i åldersgruppen 20-64 år växer med i genomsnitt 0,7 procent/år.

En jämförelse mellan Norrbotten och riket visar att kostnaderna ökar som en följd av de demografiska förändringarna, men mindre i Norrbotten än i riket. En närmare analys av kostnader i olika åldersgrupper, visar att den kostnadskrävande gruppen 65-79 år, ligger stabilt i Norrbotten mellan år 2016-2035, samtidigt som gruppen ökar med 16 procent i riket. Totalt sett ökar

¹ På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017).

² Förändringar i demografi, baserat på befolkningens storlek och ålderssammansättning, kan beräknas i form av demografiskt betingade behov. Beräkningarna utgår från att den framtida befolkningen, givet ålder, har samma behov av insatser som dagens och att det per person kostar lika mycket som idag att tillgodose dessa behov (ur Molin, SKL, Effektiviseringsutmaningen).

befolkningen kraftigt i riket till år 2015- 2024 (med drygt en miljon), därefter väntas ökningen mattas av något. I Norrbotten ses marginella befolkningsökningstal, fram till år 2035 väntas befolkningen öka med ca 6000 personer.

Rekryteringsutmaningen är större i Norrbotten än i riket. Försörjningskvoten ökar både i Norrbotten och riket fram till år 2035, mer i Norrbotten. Antalet invånare 20-64 år minskar i Norrbotten, samtidigt som en ökning ses i riket. Ökningen av arbetsför befolkning i riket förklaras av invandring.

Intäktsminskningen som följer av att färre arbetar, leder till en lägre ökning av skatteunderlaget. Skatteunderlagets tillväxt är mindre i Norrbotten än riket, vilken delvis kan kompenseras av inkomstutjämnningen. Samtidigt är det demografiska trycket totalt sett högre i riket än i Norrbotten, vilket kommer att påverka kostnadsutjämnningen. Det ses också att den största utmaningen är under perioden år 2015-2021, från år 2022 avtar det demografiska trycket i Norrbotten.

De demografiska förändringarna med en ökade andel äldre (över 65 år) och yngre (0-19 år), och en minskande andel arbetsföra (20-64 år) kommer ställa ökade krav på framtida hälso- och sjukvård. Dels för att fler äldre leder till ett ökat vårdbehov, dels för att antalet anställda inte kommer att kunna öka i samma takt. Att möta medborgarnas behov kommer att vara en utmanande uppgift relativt de resurser som kommer att finnas att tillgå, både ekonomiskt och personellt. Hälso- och sjukvården kommer med all sannolikhet därför behöva genomgå stora förändringar de närmaste åren, vad t.ex. gäller arbetssätt, utbud, digitalisering och de sätt medborgarna ska få vård i framtiden³.

Effekterna av en åldrande befolkning förstärks av beräknad fortsatt urbanisering. Försörjningsbördan kommer att öka i hela Sverige men mer i glesbygden än i städerna. För Norrbottens del innebär det att den ojämna åldersstruktur som redan finns idag växer och skapar ett ojämnt hälsoläge och olika behov i länet. Troligen behövs ett flertal parallella insatser för att möta den utmaning som offentliga tjänster står inför, med ökad urbanisering och ökad andel äldre i glesbygd. SKL konstaterar att det behövs ett gemensamt ansvarstagande från hela den offentliga sektorn för att lösa de välfärdsutmaningar vi står inför.⁴

Personalförsörjning blir allt svårare framöver. Andelen personer i arbetsför ålder minskar. Det innebär att det blir svårare att rekrytera personal i allmänhet och utbildad personal i synnerhet. Det betyder att vi kan förvänta

³ En åldrande befolkning i Norrbotten – vad betyder det för hälso- och sjukvården i framtiden? Region Norrbotten (2017).

⁴ Ekonomirapporten, oktober 2017, om kommunernas och landstingens ekonomi, SKL

oss en ökad kamp om personal framöver: mellan sektorerna i samhället - mellan sjukvårdshuvudmännen, (sannolikt lönedrivande).⁵

Pensionsavgångarna ökar i länet. 2 800 personer per år beräknas gå i pension per år fram till år 2025 efter att de uppnår 65 år⁶, varav hälften är anställda offentlig sektor (fler än i riket). För Region Norrbotten är det prognosticerade genomsnittliga antalet pensioneringar cirka 170 personer per år fram till år 2025. Parallellt ökar andelen 80 år och äldre, som har högre vård och omsorgsbehov och andelen i förvärvsaktiv ålder minskar.

Att säkerställa det långsiktiga behovet av nyckelpersoner i strategiskt viktiga yrkesområden, bedöms i Arbetsförmedlingens prognos för Norrbotten⁷ som centralt ur en tillväxt och välfärdssynvinkel för länet⁸. IT, bygg, gruvnäring, utbildning samt hälso- och sjukvård pekas ut som särskilt viktiga områden att tillgodose. Särskilt viktigt är detta för länets glesbygdskommuner, där tillgången på tillträdande unga på arbetsmarknaden inte bedöms tillräckliga för att ersätta pensionsavgångar enbart inom offentlig verksamhet.

En rekryteringsprognos, som baseras på SKLs rekryteringsrapport ”Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden” (2018) visar hur de demografiska förändringarna kan komma att påverka antalet anställda och hur många som förväntas gå i pension under en tioårsperiod (år 2017-2026). Beräkningarna omfattar tre alternativa prognoser för Region Norrbotten.

Om det inte görs några förändringar i sättet att organisera, arbeta och bemanna, kommer de demografiska förändringarna leda till att antalet anställda i Region Norrbotten behöver öka med cirka 384 personer fram till år 2026. Ytterligare drygt 1700 personer behöver rekryteras för att kompensera för pensionsavgångarna. Totalt handlar det om 2 105 personer som ska ersättas, vilket både kan vara svårt att finansiera, men framförallt svårt att rekrytera om det råder brist på arbetskraft.

Om välfärdstjänsterna ökar med 0,5 procent/år utöver demografin, som det skett historiskt, behöver antalet anställda öka med ytterligare 394 personer (761 personer ökning på grund av demografi). Kan man istället effektivisera välfärdstjänsterna med -0,5 procent/år (med ändrade arbetssätt, digitalisering

⁵ Åtta utmaningar och en besvärjelse – kamp om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025. Region Östergötland

⁶ Det är troligt att pensionsåldern höjs. Den faktiska pensionsåldern inom Region Norrbotten ökar och är år 2017 i genomsnitt 64,7 år.

⁷ Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018. Arbetsförmedlingen (2017).

⁸ Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018. Arbetsförmedlingen (2017).

etc.) sjunker behovet av anställda med 393 personer. Skillnaden i antal anställda mellan de två alternativen år 2026 motsvarar 787 personer.

Det finns mycket kunskap om den demografiska utvecklingen, men mindre om hur samhället kommer att reagera och agera som en konsekvens av den. Vi vet att skatteunderlaget inte ökar i samma takt som välfärdsbehoven, det finns ett glapp mellan tillgänglig arbetskraft och förväntade behovsökningar inom välfärden⁹. Det är däremot inte givet hur anpassning till en utveckling med färre i arbetskraften, fler barn och äldre sker. SKL beskriver behovet av effektiviseringar och förändrade arbetssätt som stort och ovillkorligt i den landstingskommunala sektorn. Det går inte att möta de framtida driftskostnaderna med oförändrade arbetssätt. Digitalisering, ny teknik, behöver användas i effektiviserande syfte för att möta behovet av välfärdstjänster¹⁰.

Myndigheten för Vårdanalys konstaterar i sin analysplan för år 2018, att hälso- och sjukvården måste förhålla sig till och anpassa sig till de övergripande trenderna i samhället, varav de mest framträdande är demografiska förändringar och kunskaps- och teknikutveckling. Några sätt som beskrivs av myndigheten är att bedriva ett systematiskt förbättrings- effektiviserings- och innovationsarbete, att förebygga ohälsa, att effektivisera personalresurser och säkra kompetensförsörjning. Ytterligare sätt som de beskriver är att öka finansieringen, skärpa prioriteringar, minska offentliga åtaganden.

I en arbetsmarknadsprognos för Norrbotten våren 2017, lyfter Arbetsförmedlingen några generella exempel på utmaningar för att klara tillväxt och välfärd: tillvarata den kompetens som arbetssökande personer med exempelvis funktionsnedsättning, utrikes födda och äldre arbetssökande har. De ser också att en snabbare integration av nyanlända ökar sannolikt chansen att fler blir kvar i länet¹¹. En ökad yrkesrörlighet mot bristyrken, samt att säkerställa rätt kompetens på rätt plats, understryks också som väsentliga åtaganden i myndighetens arbete.

Några generella möjligheter för att mildra demografins utmaningar och påverka försörjningsbördan är ökad sysselsättningsgrad, ökad sysselsättning i grupper med lägre sysselsättningsgrad, ökad produktivitet, effektiviseringar (t.ex. genom förändrade arbetssätt, digitalisering) samt tidigare ingång och

⁹ Ekonomirapporten, oktober 2017, om kommunernas och landstingens ekonomi, SKL

¹⁰ Roger Molin, SKL, kommentar, 2018. Se även SKL Hälso- och sjukvården år 2035 (2016).

¹¹ Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018. Arbetsförmedlingen (2017).

senare utgång i arbetslivet¹². Dessa möjligheter gäller för alla sektorer, även Region Norrbotten.

Ekonomi, förvärvsarbete och levnadsförhållanden

Det finns många komparativa fördelar när det gäller medborgarnas levnadsförhållanden i Norrbotten jämfört med riket. Levnadsförhållanden, som de är beskrivna här, med fokus på ekonomi och förvärvsarbete, är överlag goda i Norrbotten. Medborgarna i länet har en hög beskattningsbar förvärvsinkomst jämfört med riket (landets fjärde högsta). Norrbotten har också rikets tredje högsta förvärvsintensitet, drygt 81 procent år 2016. I länet ses en hög andel förvärvsarbetande utrikesfödda och också i en nationell jämförelse en hög andel förvärvsarbetande bland kommunmottagna flyktingar. I länet ses färre låginkomsttagare, lika många höginkomsttagare och fler medelinkomsttagare jämfört med riket. Norrbotten har färre barn i ekonomiskt utsatta hushåll än i riket, och norrbottningen har med något undantag bra (eller bättre) sociala relationer jämfört med medborgaren i riket.

Andelen ungdomar som går vidare till högre studier tre år efter gymnasiet har minskat med åtta procentenheter över en tioårsperiod i länet.

Motsvarande nedgång ses inte i riket. Detta är en komparativ svaghet i länet jämfört med riket. Andelen som börjar högre studier inom tre år efter gymnasieexamen var efter avgångsåret 2012/2013 lägre i Norrbottens län än i genomsnittet för riket, 34,5 procent gick vidare till högre studier i Norrbottens län, jämfört med 42,5 procent i riket. Framförallt är det länets män som är mindre studiebenägna jämfört med män i riket.

Andelen äldre (65-74 år) som förvärvsarbetar ökar, vilket är bra ur ett välfärdsperspektiv. Det finns inte någon skillnad mellan utvecklingen i länet och i riket.

Utrikes invandrade står för befolkningsökningen i länet. Å ena sidan utgör utrikes invandring ett förväntat tillskott på arbetskraft i länet. Å andra sidan är ökningen liten i ett nationellt perspektiv, vilket kan ses som en komparativ svaghet.

Levnadsvanor

Ett helhetsgrepp om medborgarnas hälsa ses som en av de mest centrala frågorna för framtida hälso- och sjukvård¹³. De slutsatserna dras av ledare inom hälso- och sjukvård, i rapporten Vågar om verklighet - Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025. Att strategiskt satsa

¹² Vågar och verklighet Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025. Region Östergötland (2016). Se även: SKL debatt, Dagens samhälle, Agneta Jöhnk, 12 februari 2018

¹³ Vågar och verklighet Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025. Region Östergötland (2016), samt Region Norrbotten, Strategisk plan 2018-2020.

på att bibehålla hälsa, tidiga insatser, stärka patienternas ställning som medskapare i vården och i högre utsträckning våga lägga ansvar på patienten kommunikerar ett hållbart, och i vissa stycken, troligen nödvändigt perspektivskifte. Demografin för med sig behov av effektivisering och nya arbetssätt inom hälso- och sjukvård, vilket bland annat kan handla om mer förebyggande arbete, hitta patienter innan de blir för sjuka. Här kan den jämlika hälsan vara en utmaning, dvs. att göra det på ett jämlikt sätt och kompensera för olika gruppers förutsättningar, t.ex. socioekonomiskt. Ålder och faktorer som multisjuklighet spelar också roll för möjligheterna att t.ex. integrera digitala strategier, dvs. vilka förutsättningar individen har samt om individen har komplexa eller enkla behov.

Komparativa negativa resultat kan ses för länets medborgare vs rikets när det gäller övervikt och fetma, bland både män och kvinnor. Det gäller även bland unga i gymnasieåldern, dvs. övervikt och fetma ses i högre utsträckning i länet än i riket. Mäns intag av frukt och grönt, är trots förbättringar, ett område där länet avviker negativt från riket. Gällande övriga mått, rökning, alkoholriskbruk och fysisk aktivitet, är Norrbottens resultat i paritet med rikets.

I Region Norrbotten har prevention fått en allt större betydelse i hälso- och sjukvården, genom t.ex. riktade uppföljningar, riskbedömningar och insatser för riskgrupper (personer med några utvalda diagnoser) avseende levnadsvanor. Sedan år 2014 har Vårdval primärvård systematiskt följt upp levnadsvanor i riskgrupper. Socialstyrelsen lyfte samma år, fram Region Norrbotten som ett gott exempel med avseende riskgruppsarbete i en utvärdering av landstingens sjukdomsförebyggande arbete. Komparativa fördelar kan därför ses i regionen angående arbetssätt med riskgrupper. Region Norrbotten har därtill en E-utbildning om levnadsvanor och hälsa för personal, liksom personal från Region Norrbotten aktivt deltagit i arbetet med att revidera nationella riktlinjer: Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning (remissversion 2017).¹⁴

Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård
Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården i länet är lägre än i riket. Att befolkningen har ett högt förtroende för välfärdstjänsterna och de aktörer som utför dem, är en förutsättning i en offentligt och solidariskt finansierad hälso- och sjukvård¹⁵. I 2017 års mätning avviker länet genomgående negativt från riket vad gäller förtroende för hälso- och sjukvård samt upplevelse av tillgång på vård. Det är en komparativ svaghet i förhållande till riket. Det förklaras framförallt av skillnader inom länet. Hur invånarna

¹⁴ Sommaren år 2018 kommer den slutgiltiga versionen. Se även central referens; Vårdanalys (2016:4) Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor.

¹⁵ Vårdanalys, Analysplan 2018.

ser på och har förtroende för hälso- och sjukvården skiljer sig mellan länsdelarna. Färre är nöjda i de östra och norra delarna av länet. I Region Mitt och Syd ses överlag bättre resultat och högre förtroende. Norrbottningar har också lägre förtroende för 1177, telefoni, webb och e-tjänster. Myndigheten för Vårdanalys kommer under år 2018 med en rapport som uppdaterat beskriver medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård, och vad som formar förtroendet.

Medborgarnas hälsa

Norrbotten har landets lägsta medellivslängd. Medellivslängd kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdsstater och regioner lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och sjukvården genom förebyggande arbete och behandling, kan bidra till en ökad livslängd för medborgarna¹⁶. Norrbotten har komparativa negativa resultat när det gäller medellivslängd. Länet har landets lägst prognosticerade medellivslängd. Männen avviker mest negativt.

Tidigare analyser har visat att det till stor del är hjärtsjukdomar som bidrar till regionala skillnader i dödlighet som ses i riket, vilket gäller i Norrbotten. Trots stora framsteg inom hjärtsjukvård, står hjärtsjukdomar fortfarande för den största sjukdomsörskan i form av förlorade levnadsår. Bortåt en miljon personer har hjärtsjukdom i Sverige¹⁷. Det finns alltså fortfarande utrymme för stora förbättringar, särskilt i Norrbotten, som komparativt utmärker sig negativt jämfört med riket.

Under 2017 tog Region Norrbotten fram en prognos av förväntad sjuklighet bland äldre, nu och mot år 2035. I rapporten¹⁸ dras slutsatsen att antalet fall av hjärtinfarkt och stroke kan hållas stabila över tid – men inte utan arbete. Fler fall av diabetes prognosticeras som en direkt följd av fler äldre i befolkningen. Att fortsätta inrikta arbetet på hjärtsjukdom och nå förbättrade behandlingsresultat och förbättrade levnadsvanor, är angeläget för att nå en förbättrad hälsa för medborgarna i Norrbotten.

Medborgarnas vårdkonsumtion och hälso- och sjukvårdens produktion Kostnaderna för hälso- och sjukvård **högre i Region Norrbotten än i riket.** När det gäller den justerade kostnaden för hälso- och sjukvården, som tar hänsyn till landstingens olika förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvård, ligger Region Norrbotten år 2016 på fjärde högsta plats i riket med en kostnad om 25 559 kr/invånare.

¹⁶ Öppna jämförelser Folkhälsa, år 2014. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKL.

¹⁷ Hälso- och sjukvården år 2035. SKL 2016.

¹⁸ En åldrande befolkning i Norrbotten – vad betyder det för hälso- och sjukvården framöver? Region Norrbotten (2017).

Norrbotten har även landets största läkemedelskostnader per invånare, 4 701 kr/ invånare år 2016.

År 2016 hade Region Norrbotten färre antal läkarbesök/1000 invånare¹⁹ än i riket, 2358 läkarbesök/1000 invånare att jämföra med rikets 2706 läkarbesök/1000 invånare. Invånare i glesbygdskommuner har överlag ett lägre antal läkarbesök inom psykiatrisk öppenvård per invånare och ett högre antal läkarbesök i primärvård, i större orter är förhållandet det omvända. Tendensen är densamma för somatik, dvs. fler läkarbesök av invånare i större orter, färre besök av invånare i mindre orter.

Invånare i små kommuner konsumerar mer slutenvård än invånare i stora kommuner. Detta förklaras främst av skillnader i ålder, hälsotillstånd och vårdutbud. Det konsumeras överlag mer slutenvård i större kommuner med yngre befolkning, medan primärvårdstillfällena (obsplatser) omfattar små kommuner med en äldre befolkning. Antal vårdtillfällen i somatisk vård påverkas av ålder, vårdutbud på olika orter, vårdprocesser och mönster, vårdens organisering, uppdragsfördelning för läns- respektive när-sjukvård.

År 2016 hade Region Norrbotten andra besök än läkarbesök i primärvård motsvarande ett antal på 2589/1000 invånare. Rikets genomsnitt var 2765/1000 invånare. Inom primärvården är det vanligast med besök hos övrig vårdgivarkategori i Övertorneå 3,48 besök/invånare och år. Minst vanligt är det i Luleå (1,67) och Piteå (1,79) och Kalix (1,84).

Kostnad per patient

Män i Norrbotten är mer vårdtunga än kvinnor jämfört med snittet för riket sett till de största diagnosgrupperna. Kostnad per patient, KPP, är en metod för beräkning av sjukvårdskostnaden för varje enskild patient och vårdkontakt. Diagnosrelaterade grupper, DRG, innebär förenklat en viktning av olika åtgärder per sjukdomstillstånd för att kunna göra jämförelser mellan olika verksamheter. Tillsammans utgör KPP och DRG ett instrument för att beskriva verksamheten inom sjukvården. KPP och DRG visar också vad som produceras och till vilken kostnad, även resursförbrukningen för enskilda patienter, olika patientgrupper, diagnosgrupper kan visas med dessa instrument.

I analysen är det gjort ett urval på de tjugo största diagnosgrupperna sett till antal producerade DRG-poäng, uppdelat på kvinnor och män. De utvalda grupperna är innerfall (vårdkontakter med genomsnittskostnad för gruppen) i

¹⁹ Mottagningsbesök, hembesök samt hemsjukvårdsbesök inkluderas. Dagsjukvårdsbesök exkluderas. Besök är här det samma som termen Öppenvårdsbesök: vårdkontakt inom öppenvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, endast öppenvårdsbesök som har registrerats i patientens journal redovisas. Avser produktion (besök gjorda i länet, oavsett var patienten är folkbokförd). Databas: Koalda

somatisk öppenvård och slutenvård. Målet är att kostnaderna per DRG-poäng ska ligga i nivå med genomsnittet för läns- och länsdelssjukhus i riket.

Den största diagnosgruppen för kvinnor i Norrbotten är O80-O84 Förlossning. Casemix²⁰ för diagnosgruppen O80-O84 var år 2016 0,63 vilket är 4,5 procent lägre än snittet för läns- och länsdelssjukhus i riket. Norrbotten avviker från riket för diagnosgrupp M15-M19 Artros där regionen har fler vårdtunga patienter än riket. Det ses även fler vårdtunga patienter ibland annat diagnosgrupperna I60-I69 Sjukdomar i hjärnans kärl och C15-C26 Maligna tumörer i matsmältningsorganen, samt S70-S79 skador på höft och lår.

För män i Norrbotten är Hjärtsjukdomar de största diagnosgrupperna sett till antal producerade DRG-poäng. Casemixen för diagnosgrupp I20-I25 Ischemiska hjärtsjukdomar ligger 7,6 procent över snittet för läns- och länsdelssjukhus i riket. Bland de tjugo största diagnosgrupperna utmärker sig framför allt M15-M19 Artros, I60-I69 Sjukdomar i hjärnans kärl, C15-C26 Maligna tumörer i matsmältningsorganen och S00-S09 Skador på huvudet.

²⁰ Casemix översätts som patientsammansättning eller fallblandning. Genom att dividera antalet producerade DRG-poäng med antalet vårdkontakter får man ett mått på den genomsnittliga patientens DRG-vikt. Casemix används för att mäta vårdtyngd, högre resultat visar på ökad vårdtyngd.

Rekommendationer baserat på styrkor och svagheter

Region Norrbotten har en kostnadsökningstakt på grund av demografi som är lägre än rikets. Den kostnadskrävande gruppen 65-79 år för hälso- och sjukvården, ligger stabilt i Norrbotten mellan år 2016-2035, samtidigt som gruppen ökar med 16 procent i riket. Andelsmässigt har vi fler äldre i länet (65 år och över), men antalsmässigt ser vi inte lika kraftig befolkningsutveckling som i riket. Det ses en svag befolkningstillväxt - vi har inte ”volym” på förändringar av befolkningens storlek.

Komparativa svagheter ses i länet jämfört med riket när det gäller: befolkningstillväxt, medelålder, försörjningskvot (lägre andel arbetsföra, vilket betyder större rekryteringsutmaning och mindre tillväxt av skatteunderlag), andel kvinnor i barnafödande ålder, antal och andel utrikesfödda personer (inklusive nivå på immigration), ohälsotal, medborgare med övervikt och fetma, medborgarnas intag av frukt och grönt (män), andel högskoleutbildade, andel ungdomar som studerar vidare tre år efter gymnasiet (främst män), medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård, medellivslängd, förekomst av hjärtkärlsjukdom samt hjärtkärldödlighet.

Komparativa styrkor gentemot riket ses när det gäller: andel förvärvsaktiva 20-64 år, andel förvärvsverksamma äldre 65-74 år (som riket), andel kommunmottagna flyktingar som är förvärvsaktiva, nivå på förvärvsinkomster, sjuktal, andel med bra sociala relationer, andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll, levnadsvanearbete mot riskgrupper, E- utbildning levnadsvanor och hälsa för personal.

Rekommendationer:

- **Förbättra länssnitt och upprätta eller följa mål inom områden där länet är komparativt svagt.** Utbildningsnivå unga, nivå på immigration, andel unga kvinnor/män i länet är exempel på målsatta områden till år 2020 i RUS (Regional utvecklingsstrategi). Resultaten visar att dessa områden behöver fortsatt uppmärksamhet.
- **Fortsätta arbetet med rekryteringsstrategier.** En rekryteringsprognos, som baseras på SKLs rekryteringsrapport ”Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden” (2018) visar hur de demografiska förändringarna kan komma att påverka antalet anställda och hur många som förväntas gå i pension under en tioårsperiod (år 2017-2026). Beräkningarna i rapporten omfattar tre alternativa prognoser för Region Norrbotten.

- **Marknadsföra Region Norrbottens tjänster samt länet.** I ett län som består av en fjärdedel av Sveriges yta finns utmaningar, men också många komparativa fördelar jämfört med andra delar av Sverige. Här finns möjligheter till meningsfulla både arbets- och livsvillkor.
- **Verka för att tillgodose arbetsmarknadens behov av välutbildad arbetskraft långsiktigt,** framförallt inom områden som rör hälso- och sjukvård där brist på arbetskraft kan väntas.
- **Verka för generella utbildningshöjande insatser.** De är av betydelse för medborgarnas hälsa. Livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som påverkar hälsan förbättras gradvis med stigande utbildningsnivå.
- **Fortsätta arbetet för att behålla nyanlända personer,** som utgör ett välbehövligt tillskott av arbetskraft i länet. Samverkan med övriga aktörer är centralt i arbetet för att få nyanlända att stanna kvar i länet.
- **Fortsätta samverka** för att lösa välfärdsutmaningar tillsammans med kommuner, t.ex. samverkan runt vård av äldre. Arbeta med prognoser, scenarios och strategier för framtiden viktigt.
- **Intensifiera arbetet för att minska övervikt och fetma hos medborgarna.** Övervikt och fetma innebär risk för en ökad sjukdoms- och ett större behov av hälso- och sjukvård framöver.
- **Fortsätta det aktiva arbetet** mot ohälsosamma levnadsvanor genom riktade uppföljningsinsatser samt genom att ge personalen möjligheter till kompetens inom förebyggande arbete.
- **Fortsätta med arbetet för att förbättra hjärtkärlläget** i länet. Primär och sekundärprevention. Arbeta för sänkta sjukdomsrisker genom att minska behandlingsvariation.
- **Följa de väntade behoven av hälso- och sjukvård bland äldre i länets närsjukvårdsområden.** Under år 2018 planeras en prognos av de sex vanligaste diagnosernas förväntade utveckling bland äldre (65 år och äldre), med inriktning på närsjukvårdsområden i länet.
- **Följa arbetskraftsreserven via SCB.** Arbetskraftsreserven omfattar pensionärer och heltidsstuderande, sjuka utan arbete liksom övriga (deltidsstuderande m.fl.). Genom att känna till och mobilisera outnyttjade arbetskraftsreserver, kan nedgången i förvärvsaktiva åldrar

bemötas. Sysselsättningen är inte lika med demografisk utveckling, utan kan till viss del variera²¹.

- **Förbättra förtroende** för hälso- och sjukvård inom länet. Mätningar under 2018 (Vårdanalys) kommer att ge vidare information och fördjupa kunskapen om medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården i riket. Har förväntningar förändrats över tid? Kunskapen är ett viktigt komplement till Region Norrbottens arbete med att följa medborgarnas förtroende för verksamhetens olika delar.
- **Öka kommunikation av tjänster** - nya möjligheter att interagera med medborgare genom digitalisering, ny teknik, e-tjänster etc.
- Nya sätt att bedriva hälso- och sjukvård genom digitalisering utvecklas. **Vara medveten om att jämlikhet är ett kärnvärde** för hälso- och sjukvården under tiden utvecklingsarbete pågår²².

²¹ Antalet sysselsatta och arbetslösa kan t.ex. öka, även om vi inte skulle bli fler i medborgarna. Det kan alltså inträffa om arbetskraften blir större, genom att gruppen ej i arbetskraften minskar. En sådan förskjutning sker till exempel om fler avslutar sina studier tidigare eller om fler väljer att jobba ett år extra innan pensionen. https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/SCBs-Arbetskraftsundersokning-Ett-trad-med-manga-grenar/

²² Vårdanalys analysplan 2016.

Demografi och behov av hälso- och sjukvård

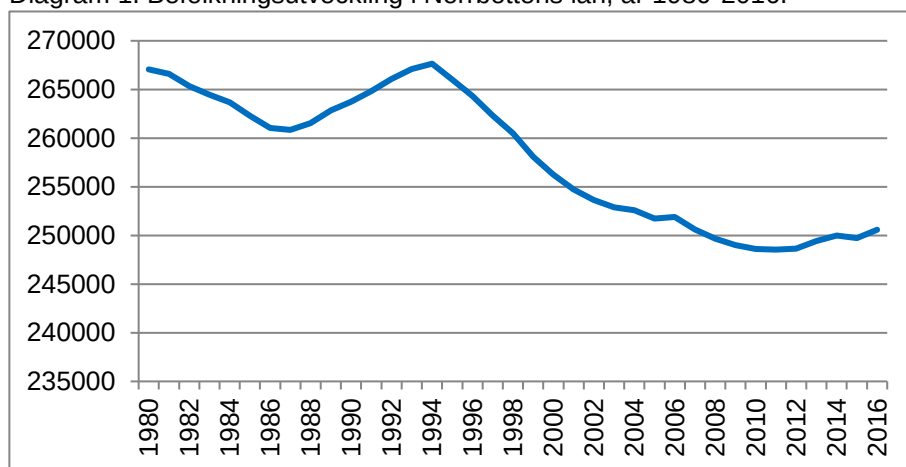
1 Demografi och behov av hälso- och sjukvård

Medborgarnas behov av hälso- och sjukvård påverkas framförallt av dess storlek och ålderssammansättning. År 2016 bodde 250 570 personer i Norrbottens läns 14 kommuner, vilket utgör cirka 3 procent av Sveriges befolkning boende på en fjärdedel av Sveriges yta. Här finns 5 sjukhus och drygt 30 hälsocentraler. Trots att Norrbottens län är ett glest befolkat län ur ett svenskt perspektiv, är andelen boende i tätort förhållandevis högt i jämförelse med andra norrlandslän. Störst av kommunerna i Norrbotten är Luleå kommun med 76 770 invånare år 2016. Minst är Arjeplog med 2 876 invånare.

1.2 Medborgarna i Norrbotten har minskat över tid – en utflyttning som påverkar befolkningen idag

Fast en befolkningsökning ses de senaste åren, har medborgarna minskat sett över en längre tidsperiod. Norrbottens län har minskat sin folkmängd med 5,4 procent under de senaste 25 åren. Genomsnittet för riket är en ökning med 15,6 procent.

Diagram 1. Befolkningsutveckling i Norrbottens län, år 1980-2016.



Mellan år 1991 och år 2016 har folkmängden i Luleå ökat med 12 procent och Piteå med 3,5 procent. Övriga kommuner har minskat. Pajala (-27,4), Övertorneå (-26,5) och Övertorneå (-26,5) har minskat mest (Regionfakta Norrbotten, 2016)²³.

1.3 Medborgarna år 2016 - riket och Norrbotten

Riket visar den största folkökningen sedan mitten av 1800-talet vilket till största delen beror på ett positivt invandringsöverskott men till viss del även

²³ Regionfakta Norrbotten, 2016.

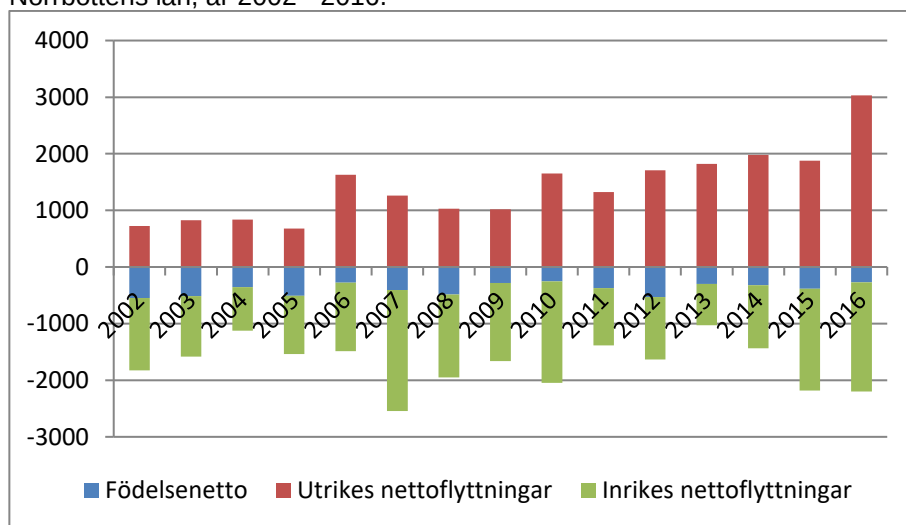
av ett positivt födelseöverskott, det vill säga att det föds fler än det dör. Av det stora invandringsöverskottet består en stor del av asylsökande som invandrade år 2015 och nu har blivit folkbokförda.

År 2016 ökar Norrbotten liksom senaste åren procentuellt minst av alla län i förhållande till tidigare folkmängd. Stockholm, Skåne och Västra Götaland ökar liksom tidigare mest. Av rikets 290 kommuner ökar 271 sin folkmängd under 2016. I Norrbotten ökar 6 av 14 kommuner sin folkmängd: Luleå, Boden, Piteå, Älvsbyn, Jokkmokk, Haparanda. Ökningen beror till största delen på invandringsöverskottet (inflytt från utlandet). Endast tre kommuner har fler som föds än dör under 2016: Luleå, Boden och Kiruna. Av alla kommuner i riket är Pajala (-1,2 procent) och Övertorneå kommun (-1,5 procent) de kommuner som minskar sin folkmängd procentuellt mest under 2016.

1.3.1 Utrikes inflyttning gett befolkningsökning i länet

Trots att medborgarna minskat i ett längre tidsperspektiv, ses en ökning de senaste åren. Diagram 2 visar att befolkningsökningen som ses i länet de senaste åren, är en effekt av att utrikes inflyttningar är större än utrikes utflyttningar. Både födelsenetto (födda minus döda) och inrikes nettoflyttningar (flyttningar till – minus flyttningar från länet) är negativ under år 2002-2016.

Diagram 2. Födelsenetto, utrikes nettoflyttningar och inrikes nettoflyttningar Norrbottens län, år 2002 - 2016.



1.3.2 Utrikesfödda i länet vs riket

Norrbotten har en lägre andel utrikesfödda än i riket. År 2016 utgjorde andelen utrikesfödda cirka 11 procent av alla invånare i länet, att jämföra med rikets cirka 18 procent. Norrbotten har femte lägsta andel utrikesfödda, efter Gotland och övriga tre norrlandslän. Flest utrikesfödda finns i Stockholms

län. Bland de utrikesfödda i länet är finländare vanligast (34 procent)²⁴ därefter kommer utrikesfödda från Syrien (9 procent), Eritrea (9 procent), Afghanistan (7 procent) och Somalia (5 procent)²⁵. Tabell 1 visar antalet utrikesfödda i relation till folkmängden, år 2016. Haparanda och Övertorneå utmärker sig med ett högt antal utrikesfödda (främst finländare) i förhållande till folkmängden, medan Piteå har ett lågt antal utrikesfödda i förhållande till folkmängden²⁶.

Tabell 1. Antal och andel utrikesfödda, Norrbotten och riket. År 2016.

Kommun/Region	Antal utrikesfödda		Befolkning		Andel utrikesfödda (%)	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Arjeplog	157	155	1 377	1 499	11,4	10,3
Arvidsjaur	292	265	3 167	3 275	9,2	8,1
Boden	1 282	1 246	13 807	14 235	9,3	8,8
Gällivare	837	671	8 694	9 262	9,6	7,2
Haparanda	2 245	1 803	4 813	5 051	46,6	35,7
Jokkmokk	327	344	2 465	2 640	13,3	13,0
Kalix	981	704	7 884	8 339	12,4	8,4
Kiruna	1 406	1 142	11 123	12 044	12,6	9,5
Luleå	4 110	3 597	37 747	39 023	10,9	9,2
Pajala	552	340	2 900	3 216	19,0	10,6
Piteå	1 310	1 185	20 818	21 086	6,3	5,6
Älvsbyn	370	378	3 987	4 206	9,3	9,0
Överkalix	192	164	1 606	1 772	12,0	9,3
Övertorneå	748	478	2 134	2 400	35,1	19,9
Norrbottens län	14 809	12 472	122 522	128 048	12,1	9,7
Riket	894 402	890 095	4 981 806	5 013 347	18,0	17,8

Källa: Regionfakta Norrbotten, SCB.

1.3.3 Könsfördelning i länet vs riket

Norrbotten har en ojämn könsfördelning. Länet är det län med störst differens mellan andelen kvinnor och män bland länen i riket²⁷. I både kust- och

²⁴ Dubbelt så många av de utrikesfödda invånarna i Norrbotten kommer från Finland, jämfört med riket.

²⁵ På tal om kvinnor och män i Norrbotten, Länsstyrelsen (2017).

²⁶ Regionfakta Norrbotten.

²⁷ SCB databas, år 2016.

inlandskommunerna är det fler män än kvinnor.²⁸ Tabellen 2 visar att det är ett kvinnounderskott i alla kommuner i åldersgruppen 20-34 år. I den äldsta åldersgruppen är det istället ett kvinnoöverskott, främst på grund av den längre livslängden bland kvinnor.

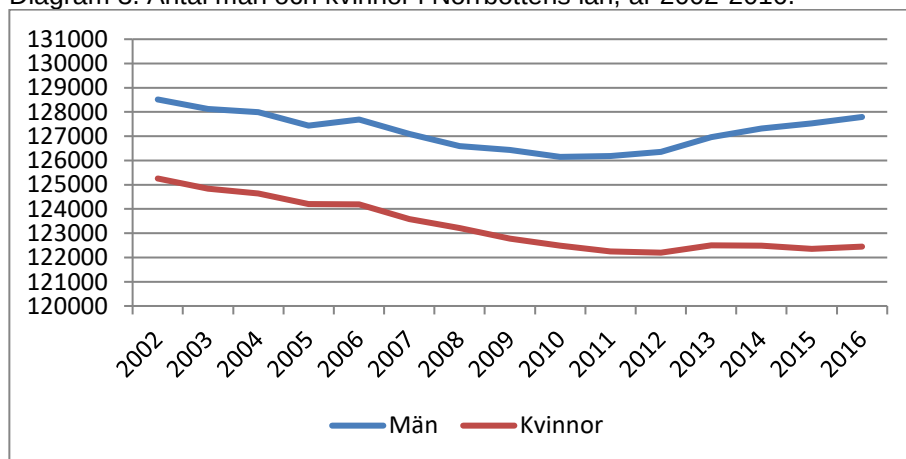
Tabell 2. Kvinnor per 100 män, år 2016.

Kommun	20-34 år	35-49 år	50-64 år	65 år och över
Arjeplog	80	100	86	102
Arvidsjaur	78	103	95	113
Boden	79	97	98	118
Gällivare	83	91	93	104
Haparanda	78	92	93	113
Jokkmokk	79	103	88	103
Kalix	77	95	93	109
Kiruna	81	91	87	109
Luleå	82	95	101	119
Pajala	83	90	87	94
Piteå	89	96	100	116
Älvsbyn	89	96	88	114
Övertorneå	67	84	90	96
Länet	82	95	96	112
Riket	94	96	98	117

Källa: På tal om kvinnor och män i Norrbotten (2017)

Diagrammet 3 nedan, visar att differensen mellan antalet män och antalet kvinnor i länet ökat från år 2012 och framåt. Detta förklaras framförallt av en ökning av utrikes inflyttningar (invandringsöverskott) till länet, under senare år bestående av ett större antal män än kvinnor.

Diagram 3. Antal män och kvinnor i Norrbottens län, år 2002-2016.



²⁸ På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017)

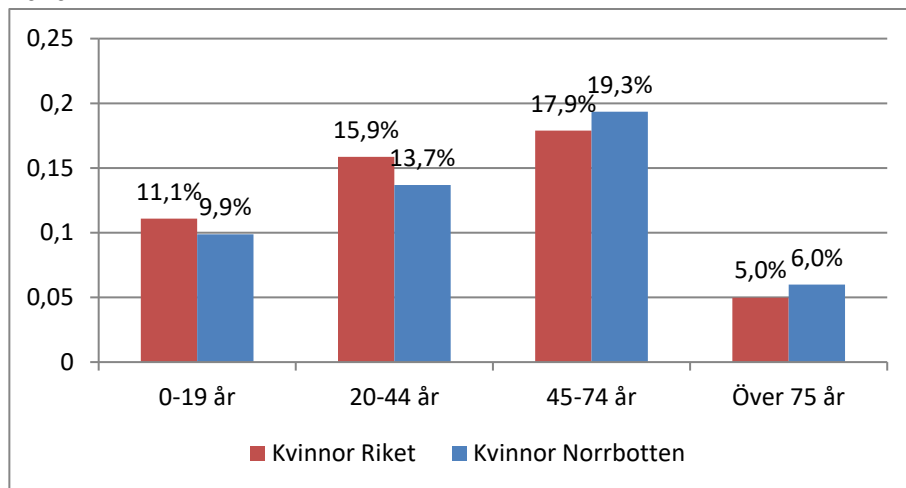
Under perioden år 2002 till år 2016 har medborgarna i Norrbotten minskat med 1,4 procent eller 3 524 personer. Minskningen ses framförallt bland kvinnor, 2,2 procent eller 2 803 personer. Över tid har framförallt unga kvinnor flyttat från länet. År 2016 var flyttningsnettot för kvinnor i åldern 18-24 år -279 och för män i samma åldersgrupp -68, dvs. 279 kvinnor och 68 män flyttade från länet under året²⁹. Andelen kvinnor motsvarade m.a.o. 80 procent av utflyttarna i åldersgruppen.

1.3.4 Åldersfördelning i länet vs riket

Många års nettoutflyttning i länet börjar nu märkas. Medborgarna åldras. Norrbottens län, har efter Gotlands län (44,6 år), den nästa högsta medelåldern i riket, 43,7 år. Lägst medelålder har Stockholms län, 39,1 år. Under perioden år 1989 – 2016 har medelåldern bland kvinnor ökat med 5,2 år i länet. Bland män har medelåldern ökat med 5 år. En jämförelse med riket samma period visar att medelåldern ökat med 1,4 år för kvinnor och 2,2 år för män.

Norrbottens län har lägre andel 0-19 år, samt lägre andel kvinnor och män 20-44 år i medborgarna än riksgenomsnittet. Andelen personer från 45 år och över är högre än i riket. Det är också jämförelsevis få familjer i de åldrar då barnen föds, vilket ger ett lågt antal födda barn³⁰. Länet har en lägre andel kvinnor i barnafödande ålder; 20-44 år jämfört med riket (13,7 % Norrbotten jämfört med 15,9 % riket, år 2016, se diagram 4). Det riskerar att hämma länets tillväxt, eftersom det är i den åldern de flesta väljer bostadsort och bildar familj. Barnafödandet per 1000 kvinnor i åldern 15-44 år är lägre än riksgenomsnittet, 62,6 barn i länet att jämföra med 63,6 barn i riket (år 2016).

Diagram 4. Andel kvinnor i Norrbottens län i olika åldersgrupper, år 2002-2016.

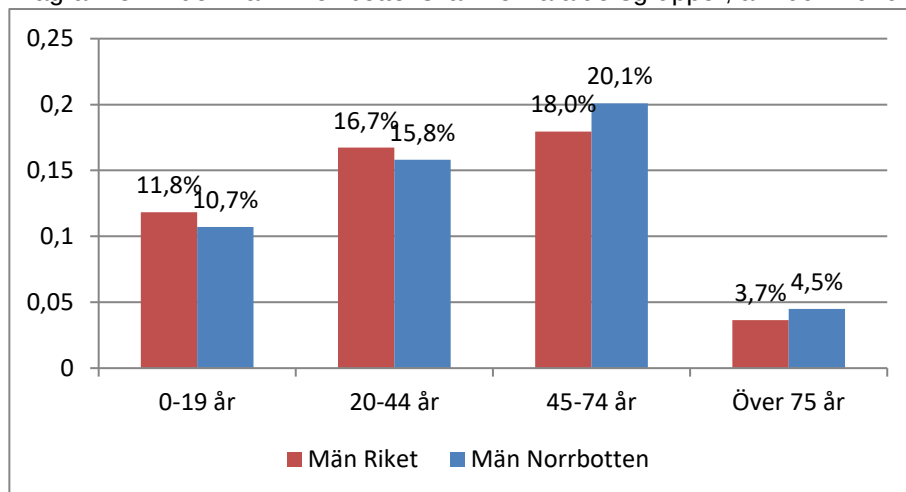


²⁹ På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017).

³⁰ På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017).

Källa: SCB

Diagram 5. Andel män i Norrbottens län i olika åldersgrupper, år 2002-2016.



Källa: SCB

1.4 Beräknad befolkningsökning till år 2035

Länets befolkning förväntas öka till cirka 256 000 personer (eller med ca 6000 personer) till år 2035 (SCB prognos från år 2013). Befolkningsökningen förväntas mattas av från år 2022 fram till år 2035. Den beräknade befolkningsökningen bygger på antaganden om en förhöjd inrikes inflyttning och framförallt, ökad utrikes invandring.

Kiruna och Luleå är de enda kommuner som förväntas ha ett positivt födel-seöverskott under perioden år 2013-2035. Resterande 12 kommuner förväntas ha ett negativt födelsenetto. Dessa behöver med andra ord inrikes och utrikes inflyttning för att ha en positiv befolkningsutveckling. Generellt sett, framträder en ljusare bild för Gällivare, Luleå, Boden, Kiruna och Piteå av-seende prognosticerad inflyttning, jämfört med övriga kommuner.

1.4.1 Åldersfördelning år 2016 och år 2035

Diagrammen nedan visar medborgarnas åldersstruktur år 2016 samt en prognos för länet år 2035. Av diagrammet från år 2016 framgår att det finns ett underskott av yngre i förhållande till övriga ålderskategorier. År 2035 är åldersstrukturen mer jämt fördelad mellan åldersgrupperna.

Prognosen för länet för år 2035 är att andelen äldre blir fler, andelen barn och unga blir fler, andelen förvärvsaktiva färre. Under perioden år 2016-2035 prognosticeras en ökning i åldersgruppen 0-19 år med 6,9 procent eller 3 575 personer. I åldersgruppen 65 år och över prognosticeras en ökning med 14,5 procent, eller 8 516 personer. Samtidigt prognosticeras andelen förvärvsaktiva (20-64 år) bli 4,6 procent eller 6 480 personer färre. Detta påverkar försörjningskvoten, allt färre kommer att försörja allt fler.

Diagram 6. Befolkningspyramid Norrbotten år 2016, män och kvinnor.

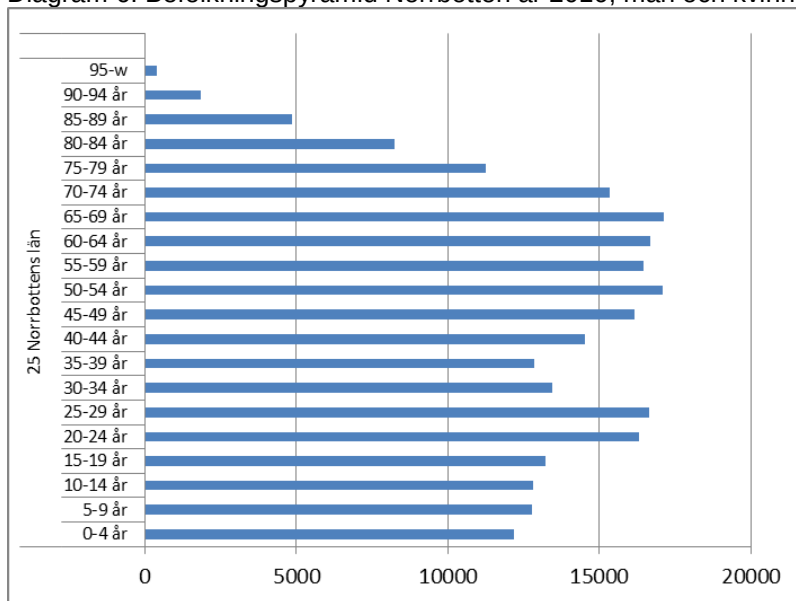
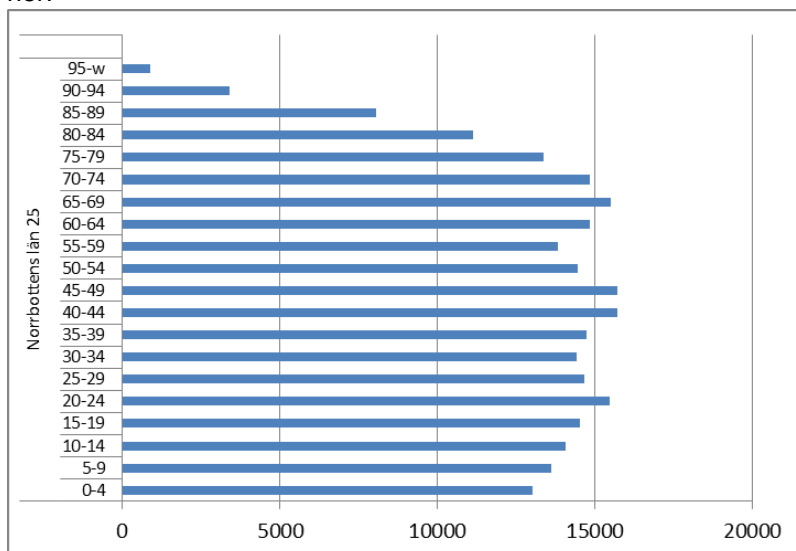


Diagram 7. Befolkningspyramid Norrbotten prognos år 2035, män och kvinnor.



1.5 Försörjningskvot år 2016 och 2035

År 2016 hade Sverige en nivå på försörjningskvot på 74,5, vilket innebär att 100 personer i de mest förvärvsaktiva åldrarna 20-64 år ska försörja 74,5 personer som är yngre (0-19 år) eller äldre (65 år och över). Ju högre tal detta mått visar (kvot) desto tyngre är försörjningsbördan för de som befinner sig i åldersgruppen 20-64 år³¹.

År 2016 försörjde 100 norrbottningar 79 personer. År 2035 kommer 100 förvärvsaktiva personer sannolikt att försörja 91 personer i icke förvärvsaktiv ålder³².

Tabell 3. Försörjningskvot år 2016 och beräknad försörjningskvot år 2035, Norrbottens kommuner, Norrbottens län och riket

Kommun/Region	Antal 0-19 år och över 65 år	Antal 20-64 år	Försörjningskvot år 2016	Beräknad försörjningskvot år 2035
Arjeplog	1 313	1 563	84	110
Arvidsjaur	3 013	3 429	88	100
Boden	12 479	15 563	80	89
Gällivare	7 844	10 112	78	90
Haparanda	4 716	5 148	92	110
Jokkmokk	2 307	2 798	83	110
Kalix	7 717	8 506	91	112
Kiruna	9 883	13 284	74	84
Luleå	31 362	45 408	69	83
Pajala	3 195	2 921	109	123
Piteå	18 613	23 291	80	93
Älvsbyn	3 901	4 292	90	110
Övertorneå	1 668	1 710	98	120
Övertorneå	2 256	2 278	99	130
Norrbottens län	110 267	140 303	79	91
Riket	4 267 463	5 727 690	75	84

Källa: Regionfakta Norrbotten, SCB, år 2016. SCB prognos för Norrbotten år 2035.

³¹ Regionfakta Norrbotten. Den demografiska försörjningskvoten beräknas som summan av antal personer 0-19 år och antal personer 65 år och äldre dividerat med antal personer 20-64 år och därefter multiplicerat med 100.

³² Region Norrbotten, Strategisk plan 2018-2020.

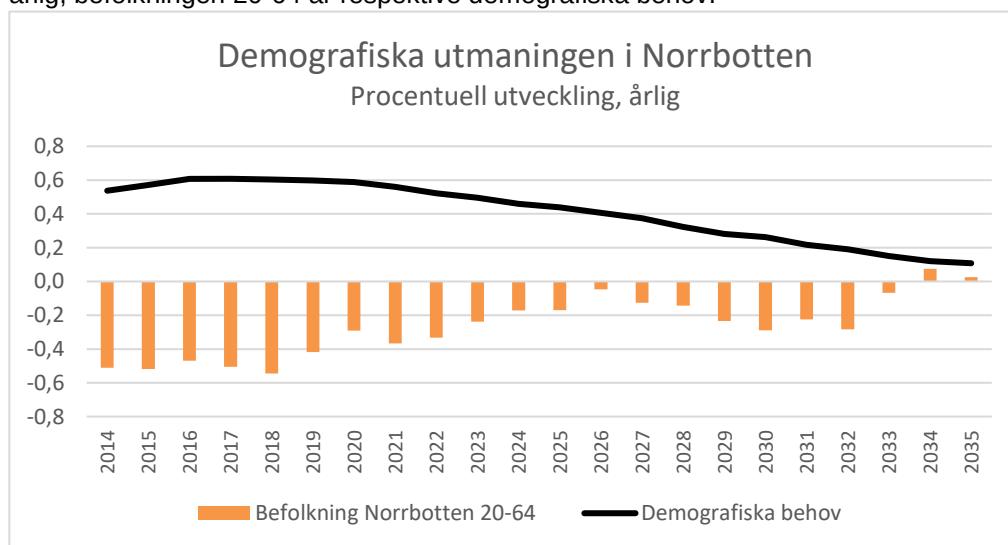
År 2016 hade Överkalix högst medelålder bland samtliga kommuner i landet, Övertorneå och Pajala var bland de 10 kommuner som har högst medelålder i landet. Tabellen ovan visar att Kalix närsjukvårdsområde (Kalix, Övertorneå, Överkalix samt Haparanda kommun) prognostiseras att få avsevärt högre försörjningskvot år 2035 än Luleå-Boden samt Kiruna närsjukvårdsområde. Skillnaderna mellan länsdelarna kommer att öka.

1.6 Demografiska behov i Norrbotten och riket

Samtidigt som befolkningens åldersstruktur blir allt mer kostnadskrävande, finns det skillnader mellan rikets och Norrbottens utveckling. Gemensamt är att de demografiska behoven växer snabbare än totalbefolkningen. Mellan år 2014-2025 växer Norrbottens befolkning med i genomsnitt 0,2 procent/år samtidigt som de demografiskt betingade behoven³³ växer med i genomsnitt 0,5 procent/år. Antalet invånare 20-64 år minskar med i genomsnitt -0,4 procent/år.

Mellan år 2014 och år 2025 växer rikets befolkning med i genomsnitt 0,8 procent/år samtidigt som de demografiskt betingade behoven växer med i genomsnitt 1,2 procent. Antalet invånare i åldersgruppen 20-64 år växer med i genomsnitt 0,7 procent/år.

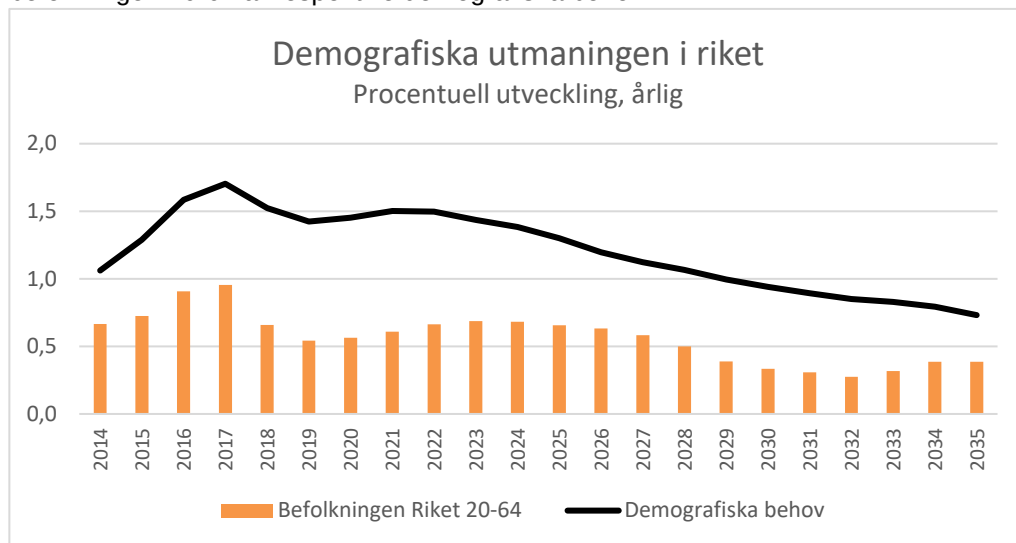
Diagram 8. Demografiska utmaningen i Norrbotten. Procentuell utveckling, årlig, befolkningen 20-64 år respektive demografiska behov.



Källa: SKL 2018

³³ Förändringar i demografi, baserat på befolkningens storlek och ålderssammansättning, kan beräknas i form av demografiskt betingade behov. Beräkningarna utgår från att den framtida befolkningen, givet ålder, har samma behov av insatser som dagens och att det per person kostar lika mycket som idag att tillgodose dessa behov (ur Molin, SKL, Effektiviseringsutmaningen).

Diagram 9. Demografiska utmaningen i riket. Procentuell utveckling, årlig, befolkningen 20-64 år respektive demografiska behov.



Källa: SKL 2018

En jämförelse mellan Norrbotten och riket visar att kostnaderna ökar som en effekt av demografiska förändringar, men mindre i Norrbotten än i riket. En närmare analys av kostnader i olika åldersgrupper, visar att den kostnadskrävande gruppen 65-79 år, ligger stabilt i Norrbotten mellan år 2016-2035, samtidigt som gruppen ökar med 16 procent i riket. Totalt sett ökar befolkningen kraftigt i riket till år 2015- 2024 (med drygt en miljon), därefter väntas ökningen mattas av något. I Norrbotten ses marginella befolkningsökningstal, mellan år 2013- 2035 ökar befolkningen med ca 6000 personer.

Rekryteringsutmaningen är större i Norrbotten än i riket. Försörjningskvoten ökar både i Norrbotten och riket fram till 2035, mer i Norrbotten. Antalet invånare 20-64 år minskar i Norrbotten, samtidigt som en ökning ses i riket. Ökningen av arbetsför befolkning i riket förklaras av invandring.

Intäktsminskningen som följer av att färre arbetar, leder till en lägre ökning av skatteunderlaget. Skatteunderlagets tillväxt är mindre i Norrbotten än riket, vilken delvis kan kompenseras av inkomstutjämningen. Samtidigt är det demografiska trycket totalt sett högre i riket än i Norrbotten. Det ses också att den största utmaningen är under perioden år 2015-2021, från år 2022 avtar det demografiska trycket i Norrbotten.

1.6.1 Rekryteringsprognos Norrbotten

En rekryteringsprognos, som baseras på SKLs rekryteringsrapport ”Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden” visar hur de demografiska förändringarna kan komma att påverka antalet anställda och hur många som förväntas gå i pension under en tioårsperiod (år 2017-2026). Beräkningarna omfattar tre alternativa prognoser för Region Norrbotten.

Om det inte görs några förändringar i sättet att organisera, arbeta och bemanna, kommer de demografiska förändringarna leda till att antalet anställda i Region Norrbotten behöver öka med cirka 384 personer fram till år 2026. Ytterligare drygt 1700 personer behöver rekryteras för att kompensera för pensionsavgångarna. Totalt handlar det om 2 105 personer som ska ersättas, vilket både kan vara svårt att finansiera, men framförallt svårt att rekrytera om det råder brist på arbetskraft.

Om välfärdstjänsterna istället ökar med 0,5 procent/år utöver demografin, som det sett ut historiskt, behöver antalet anställda öka med ytterligare 394 personer (761 personer ökning på grund av demografi, därtill pensionsavgångar). Kan man effektivisera välfärdstjänsterna 0,5 procent/år (genom ändrade arbetssätt, digitalisering etc.) sjunker behovet av anställda med 393 personer. Skillnaden i antal anställda mellan de två alternativen år 2026 motsvarar 787 personer.

Tabell 4. Rekryteringsprognos enligt grundscenariot samt två alternativa scenarier.

RN	Antal anställda 2016	Antal anställda 2026	Ökning pga demografi	Pensioneringar 2017-2026	Demografi+ pensioneringar
Grundscenario	7 171	7 555	384	1 722	2 105
0,5 procent utöver demografin	7 171	7 932	761	1 738	2 499
Demografin -0,5 procent	7 171	7 177	6	1 706	1 712

Källa: Beräkning baserad på rekryteringsrapport "Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden"(SKL 2018)

Ekonomi, förvärvsarbete och levnads- förhållanden

2 Ekonomi, förvärvsarbete och levnadsförhållanden

Avsnittet inleds med en beskrivning av primärvårdens ersättningsmodell för resursfördelning, med utgångspunkt från medborgarnas förväntade behov av hälso- och sjukvård. Därefter beskrivs utmaningar på arbetsmarknaden framöver, samt i mer detalj, länets läge avseende främst ekonomi och förvärvsarbete, sociala relationer idag.

Avsnittet handlar framförallt om människors levnadsförhållanden, som man också kan kalla för livsbetingelser, miljö, ram, sfär. Det finns ett ömsesidigt samband mellan faktorerna levnadsförhållanden, socioekonomisk status, levnadsvanor och hälsa. Att t.ex. ha kort utbildning (högst grundskola) anses vara associerad med hälsa på flera plan, genom att det påverkar inkomst, social position och rörlighet. Människor som bor i socioekonomiskt svaga områden har ofta sämre hälsa och större vårdbehov. Att ha lång utbildning och hög inkomst, att ha trygga livsomständigheter är ofta förenat med positiva hälsoeffekter. En god hälsa ger större möjligheter att uppnå högre inkomst, utbildning eller att bosätta sig i trygga bostadsområden³⁴. Socioekonomiska faktorer är även av betydelse för när och hur vi söker vård och är därmed en bestämningssfaktor både för hälso- och sjukvårdens utfall och för hälsostatus³⁵. Förhållanden mellan levnadsförhållanden och levnadsvanor visar också samvariation, låg utbildning och inkomst är förenat med en förhöjd risk för en ogynnsam livsstil³⁶.

2.1 Primärvårdens ersättningsmodell för resursfördelning

Att känna till medborgarnas levnadsförhållanden, är en central beståndsdel för att möta medborgarnas behov av hälso- och sjukvård. Primärvården i Norrbotten har en ersättningsmodell som hanterar skillnader bland medborgarna, åldersmässigt, socioekonomiskt och hälsomässigt, som grund för resursfördelning.

Hälsocentraler får månadsvis en s.k. vårdpeng som står för huvuddel av hälsocentralens intäkter. Vårdpengen följer den listade invånaren (alla invånare

³⁴ Behov av hälsa och sjukvård i Stockholms län ur ett befolkningsperspektiv.

³⁵ Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. En metodstudie baserad på Öppna jämförelser.

³⁶ Regionfakta.com (<http://www.regionfakta.com/Norrbottens-lan/Utbildning/Utbildningsniva-medborgarna-25-64-ar/>)

är listade på någon hälsocentral) och ersätts efter ålderskapitering³⁷ (65 procent), socioekonomiskt index³⁸ (CNI) 10 procent samt på vårdtyngd (ACG) 25 procent. Modellen bygger på att hälsan inte är jämt fördelad bland medborgarna. De ingående delarna i modellen är:

- Ålderskapiteringen, som baseras på ålderssammansättningen av listade personer.
- CNI index, som baseras på att beskriva socioekonomiska förhållanden bland de listade³⁹
- ACG (Adjusted Clinical Groups) som är ett verktyg som fördelar resurser efter förväntad vårdtyngd. ACG bygger på att de diagnoser som har registrerats under en tidsperiod bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet och behovet av insatser från sjukvården framåt.

Ålderskapiteringen är stabil över tid och variationen mellan hälsocentraler är relativt liten. CNI-kvoten och ACG-kvoten har betydligt större variation mellan hälsocentraler. Primärvården har alltså en modell som bygger på medborgarnas förväntade behov av hälso- och sjukvård (för mer information om kvoter i länet, se fotnot⁴⁰). Någon motsvarande resursfördelningsmodell finns inte för den specialiserade vården. Det finns pågående arbeten för att verka för den jämlika och jämställda vården i regionen, se t.ex. rapport ”Identifiera och utveckla metoder för förbättrat stöd för utsatta grupper”⁴¹.

2.2 Arbetsmarknaden mot år 2035

I Norrbottens län arbetar 60 procent av kvinnorna och 31 procent av männen i offentlig sektor, att jämföra med 47 procent respektive 19 procent i riket. 40 procent av kvinnorna och 69 procent av männen arbetar i privat sektor. För riket är genomsnittet 53 respektive 81 procent⁴². För offentlig sektor i

³⁷ Ålderskapiteringen baseras på ålderssammansättningen av listade personer.

³⁸ CNI indexet är användbart för att på ett standardiserat sätt beskriva socioekonomiska förhållanden av betydelse för hälsa och ohälsa. Uppgifterna för CNI hämtas månadsvis från Statistiska centralbyrån (SCB).

³⁹ Uppgifterna för CNI hämtas månadsvis från Statistiska centralbyrån (SCB).

⁴⁰ För att se kvoter för länets hälsocentraler, se årsuppföljning vårdval primärvård 2016, Region Norrbotten.

⁴¹ https://samarbeta.nll.se/producentplats/samverkanlandstingsdirektorensstab/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/producentplats/samverkanlandstingsdirektorensstab/Publicerade/Intern%20alla/Redovisande/Rapporter%20och%20Resultat/Identifiera%20och%20utveckla%20metoder%20for%20utsatta%20grupper.pdf&action=default

⁴² På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017).

länet är det en utmaning att finna ersättningsrekryteringar inom områden som vård och omsorg.

2.2.1 Pensionsavgångarna ökar i länet

Närmare 2 800 personer per år beräknas gå i pension per år fram till år 2025 efter att de uppnår 65 år⁴³, varav hälften är anställda offentlig sektor (fler än i riket). De största behoven av ersättningsrekryteringar kommer att ske inom vård och omsorg och hälso- och sjukvård. För Region Norrbotten är det prognosticerade genomsnittliga antalet pensioneringar cirka 170 personer per år fram till år 2025. Parallellt ökar andelen 80 år och äldre, som har högre vård och omsorgsbehov och andelen i förvärvsaktiv ålder minskar.

Att säkerställa det långsiktiga behovet av nyckelpersoner i strategiskt viktiga yrkesområden, bedöms i Arbetsförmedlingens prognos för Norrbotten⁴⁴ som centralt ur en tillväxt och välfärdssynvinkel för länet⁴⁵. IT, bygg, gruvnäring, utbildning samt hälso- och sjukvård pekas ut som särskilt viktiga områden att tillgodose. Särskilt viktigt är detta för länets glesbygdskommuner, där tillgången på tillträdande unga på arbetsmarknaden inte bedöms tillräckliga för att ersätta pensionsavgångar enbart inom offentlig verksamhet.

2.2.2 Fler förvärvsaktiva utrikesfödda framöver – men lågt inflöde till Norrbotten

Som tidigare nämnts handlar den demografiska utvecklingen inte bara om en åldrande befolkning. Den handlar också om in- och utvandring och om befolkningsförändringar i olika delar av Sverige⁴⁶. Norrbotten, behöver som de flesta övriga skogslän, inflyttning av personer i arbetsför ålder. SKL drar slutsatsen att invandring, med en avsevärt förbättrad integration och ökad sysselsättningsgrad för utrikes födda, delvis skulle kunna mildra demografins utmaningar. Uppgifter från SCB visar att andelen förvärvsaktiva utrikesfödda ökat över tid (mer i Norrbotten än i riket, se diagram nedan⁴⁷).

⁴³ Det är troligt att pensionsåldern höjs. Den faktiska pensionsåldern inom Region Norrbotten ökar och är år 2017 i genomsnitt 64,7 år.

⁴⁴ Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018. Arbetsförmedlingen (2017).

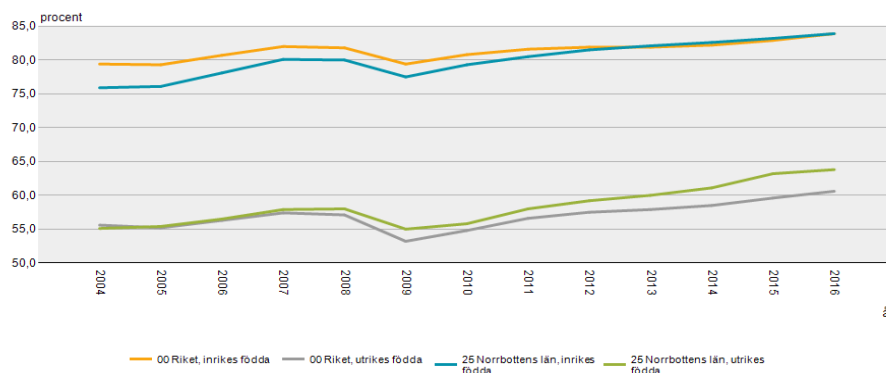
⁴⁵ Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018. Arbetsförmedlingen (2017).

⁴⁶ Åtta utmaningar och en besvärjelse. Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025. Region Östergötland,

⁴⁷ Gruppen utrikesfödda skiljer sig åt i sammansättning (högre andel finländare i Norrbotten).

Diagram 10. Förvärvsintensitet, Norrbotten och riket, inrikes och utrikes-födda, år 2004-2016.

Förvärvsintensitet, procent efter region, inrikes/utrikes född, kön och år



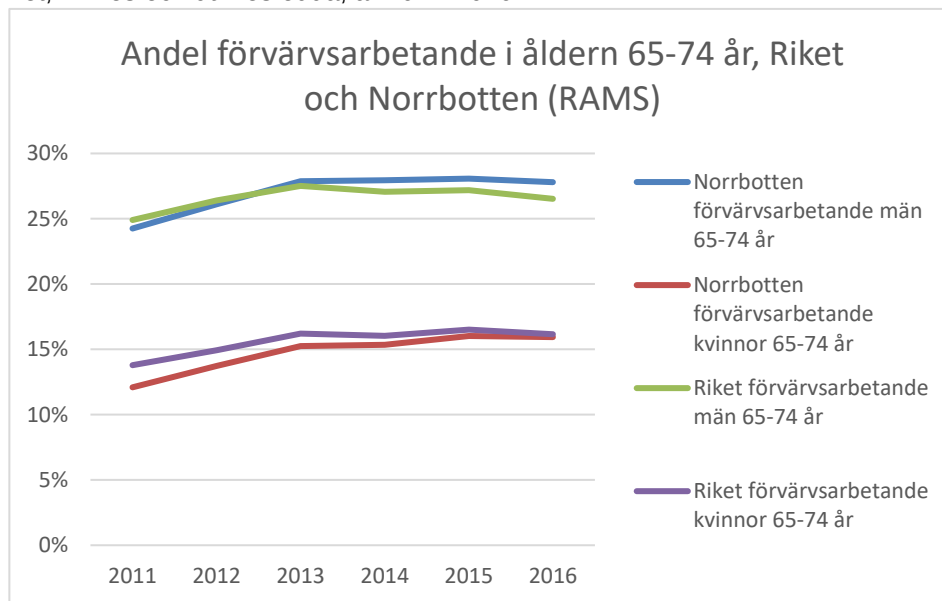
Antalet utrikes födda som förvärvsarbetar beräknas enligt SCB öka med cirka 390 000 personer i riket till år 2035 och antalet inrikes födda med 100 000. Att sysselsättningsökningen blir störst bland utrikes födda beror dels på att antalet utrikesfödda väntas öka framöver⁴⁸, dels på ett antagande om en högre andel förvärvsarbetande bland de utrikesfödda. I Norrbotten står utrikes födda för hela den förväntade befolkningsökningen på länsnivå (prognos på ca 6000 fler medborgare, fram till år 2035). Något prognosticerat födelseöverskott finns inte för länet som helhet (undantaget är Luleå och Kiruna). Volymerna på utrikes invandring till länet är således, i förhållande till riket, förhållandevis små.

I SCBs prognos för år 2035 antas även att äldre arbetar två år längre än idag och att andelen inrikes födda kvinnor som förvärvsarbetar ökar något till 2035⁴⁹. Att äldre arbetar längre är en utveckling som till viss del redan påbörjats då äldres deltagande på arbetsmarknaden har ökat.

⁴⁸ Utrikesfödda står för ca 80 procent av befolkningsökningen som prognosticeras i riket fram till år 2020, med ca 700 000 fler invånare. Höga födelsetal bidrar med ca 20 procent.

⁴⁹ SCB, Sysselsättningsprognos 2013. Se också; http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Fler-utrikes-fodda-vantas-arbeta-2035/

Diagram 11. Andel förvärvsarbetande i åldern 65-74 år, Norrbotten och Riket, inrikes och utrikesfödda, år 2011-2016.



Källa: SCB (RAMS).

Därtill har träffats en överenskommelse (pensionsgruppen) om en höjd pensionsålder, i december 2017. Att få ungdomar att göra inträde på arbetsmarknaden tidigare än idag, att rehabilitera sjukfrånvarande och sjukskrivna för att få tillbaka dem till arbete, är andra delar för att få en ökad sysselsättning bland de i förvärvsaktiv ålder. Vid 29 års ålder förvärvsarbetade 75 procent, år 2014⁵⁰. Sverige har en förhållandevis hög ålder för inträde på arbetsmarknaden bland unga, även efter studier.

2.2.3 Yngre och äldre arbetar deltid

För att finansiera och möta krav på ökade välfärdsinsatser i framtiden kommer det att krävas både högre produktivitet och fler arbetade timmar, samtidigt som den demografiska utvecklingen – allt annat lika – medför ett sjunkande antal arbetade timmar⁵¹. Att få en högre sysselsättningsgrad, få fler att börja arbeta tidigare och längre och mer, är därför möjligheter för att kunna möta krav på ökade välfärdsinsatser.

Arbetskraftsundersökningarna från SCB visar att cirka en femtedel av ungdomar 16-19 år arbetar (gäller medborgarna i hela riket). Det är den åldersgrupp där de flesta arbetar deltid. Det förklaras delvis med att ungdomarna studerar och arbetar parallellt, att arbetena bland de unga oftare är tillfälliga,

⁵⁰ SCB, Unga vuxna börjar arbeta senare idag än för 30 år sedan.

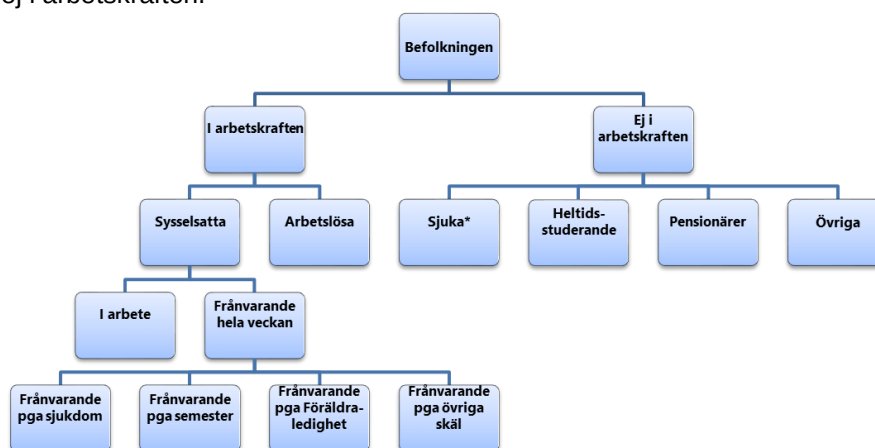
⁵¹ Åtta utmaningar och en besvärjelse. Kampen om framtiden – ett drama om världens villkor inför 2025. Region Östergötland,

och inte heltidsarbeten. I åldern 60-65 år är deltidsarbete också mycket vanligt. Två tredjedelar av kvinnorna och en tredjedel av männen arbetar deltid i åldersgruppen. En stor andel av dessa har också någon form av pension på deltid. I åldersgruppen 25-34 år, arbetar 28 procent av kvinnorna deltid, 12 procent av männen. I åldersgruppen 35-44 år arbetar 28 procent av kvinnorna deltid och 7 procent av männen⁵².

2.2.4 Arbetskraftsreserven – en möjlighet

Att skapa möjligheter för inträde för de personer som fortsatt står utanför länets arbetsliv blir angeläget för att klara av såväl länets framtida tillväxt som välfärd⁵³. Att följa arbetskraftsreserven 15-74 år är ett sätt att arbeta med att möta medborgarnas förväntade behov av hälso- och sjukvård. Arbetskraftsreserven omfattar pensionärer och heltidsstuderande, sjuka utan arbete liksom övriga (deltidsstuderande m.fl.). Genom att känna till och mobilisera outnyttjade arbetskraftsreserver, kan nedgången i förvärsaktiva åldrar, bemötas. Sysselsättningen kan inte likställas med demografisk utveckling, utan kan i viss mån variera⁵⁴.

Diagram 12. Träd från AKU, SCB som åskådliggör arbetskraften respektive ej i arbetskraften.



Källa: SCB

⁵² På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017).

⁵³ Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018. Arbetsförmedlingen (2017).

⁵⁴ Antalet sysselsatta och arbetslösa kan t.ex. öka, även om vi inte skulle bli fler i medborgarna. Det kan alltså inträffa om arbetskraften blir större, genom att gruppen ej i arbetskraften minskar. En sådan förskjutning sker till exempel om fler avslutar sina studier tidigare eller om fler väljer att jobba ett år extra innan pensionen. <https://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/SCBs-Arbetskraftsundersokning-Ett-trad-med-manga-grenar/>

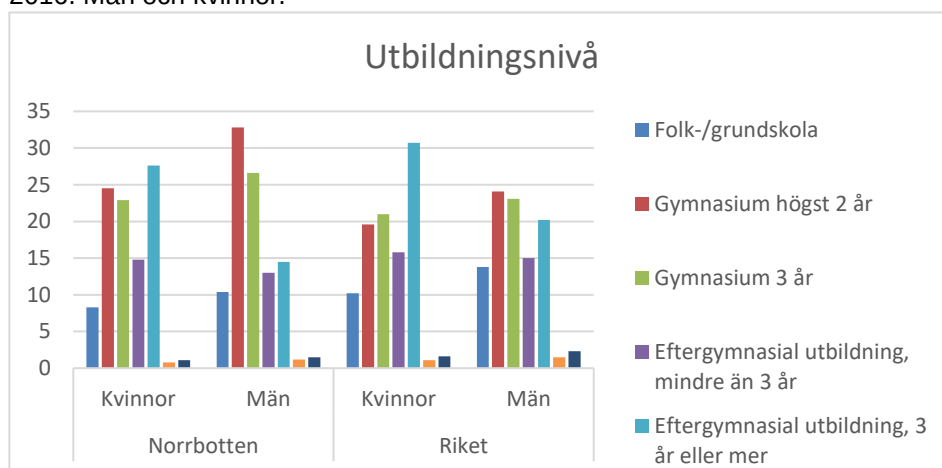
2.3 Färre med kort- och lång utbildning än i riket

Utbildning är en central komponent för att prediktera levnadsförhållanden. Utbildningsnivån i Sverige fortsätter att stiga. En allt större del av medborgarna har gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Kvinnor har generellt en högre utbildningsnivå än män och könsskillnaden ökar. Det finns ett tydligt och generellt samband mellan högre utbildningsnivå och bättre hälsa⁵⁵.

År 2016 hade fler av länets invånare högst gymnasial utbildning, färre eftergymnasial- och kort utbildning, i jämförelse med riket (se diagram 11). 43,2 procent av kvinnorna i länet i åldern 25-64 år hade någon form av eftergymnasial utbildning. Motsvarande andel bland männen var 28,7 procent. På riksnivå var genomsnittet för kvinnor 49,2 procent och 36,7 procent för män. Flest med eftergymnasial utbildning finns i Luleå och Boden⁵⁶.

Andelen med kort utbildning (högst folk/grundskola) var lägre i Norrbottens län än i riket. År 2016 var 9,4 procent kortutbildade i Norrbotten, jämfört med 12 procent i riket. Andelen med kort utbildning har minskat från 15,3 procent år 2002 till 9,4 procent år 2016. Utbildningsnivån har ökat mycket de senaste årtiondena.

Diagram 13. Medborgarna 25-64 år efter utbildningsnivå. Norrbotten, år 2016. Män och kvinnor.



Källa: Regionfakta Norrbotten, SCB.

Kommande tabeller åskådliggör utbildningsnivå bland inrikes- och utrikes födda, män och kvinnor. Generella mönster är att andelen med kort utbildning är högre bland utrikesfödda, män och kvinnor⁵⁷. I Norrbotten ses även

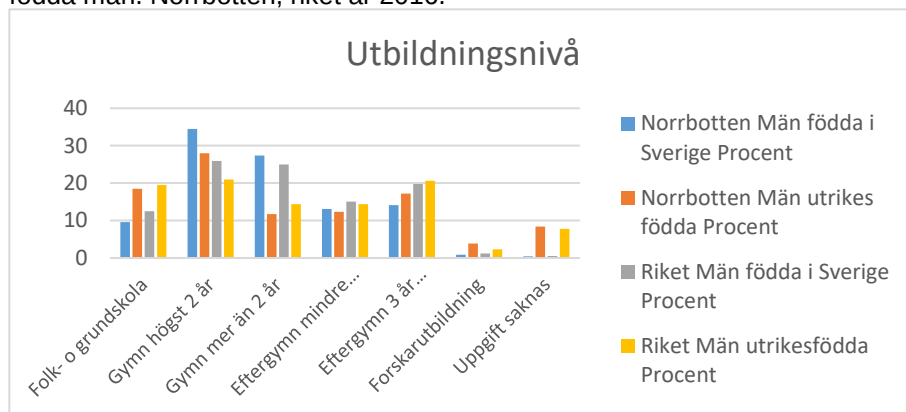
⁵⁵ Folkhälsan i Sverige 2016 (Folkhälsoinstitutet 2017).

⁵⁶ På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (år 2017).

⁵⁷ Värt att notera är en underrapportering av utrikesföddas utbildningsbakgrund. Uppgifterna är med anledning av detta förenade med viss osäkerhet.

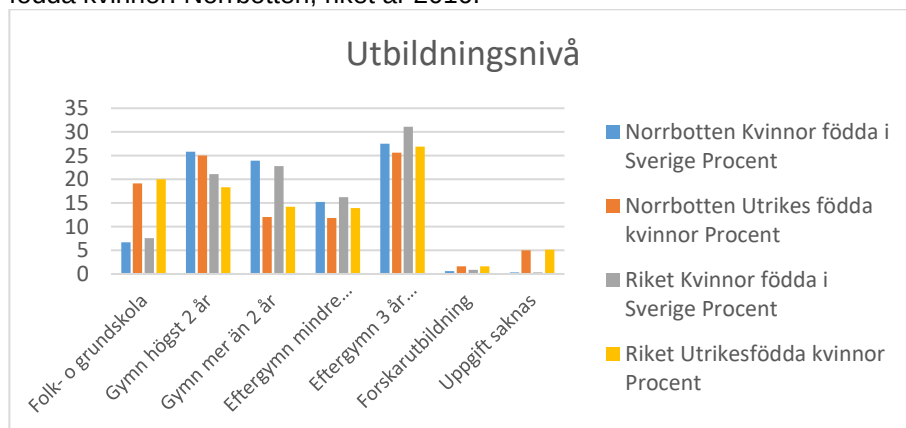
att andelen med lång utbildning är något högre bland utrikesfödda män än bland inrikes födda män. Andelen utrikesfödda män och kvinnor med forskarutbildning är ca 2-3 gånger högre än hos inrikes födda i länet.

Diagram 14. Medborgarna 25-64 år efter utbildningsnivå, inrikes och utrikesfödda män. Norrbotten, riket år 2016.



Källa: Regionfakta Norrbotten, SCB.

Diagram 15. Medborgarna 25-64 år efter utbildningsnivå, inrikes och utrikesfödda kvinnor. Norrbotten, riket år 2016.



2.3.1 Färre påbörjat högskola tre år efter gymnasiet

Andelen som börjar högre studier inom tre år efter gymnasieexamen var efter avgångsåret 2012/2013 lägre i Norrbottens län än i genomsnittet för riket ⁵⁸. Andelen har dessutom minskat över tid i länet. 2002/2003 gick 42,9 procent till högskolestudier 3 år efter gymnasiet, 2012/2013 var det 34,5 procent. I riket ses att andelen med slutbetyg från gymnasium och högskolebehörighet minskat de senaste åren.

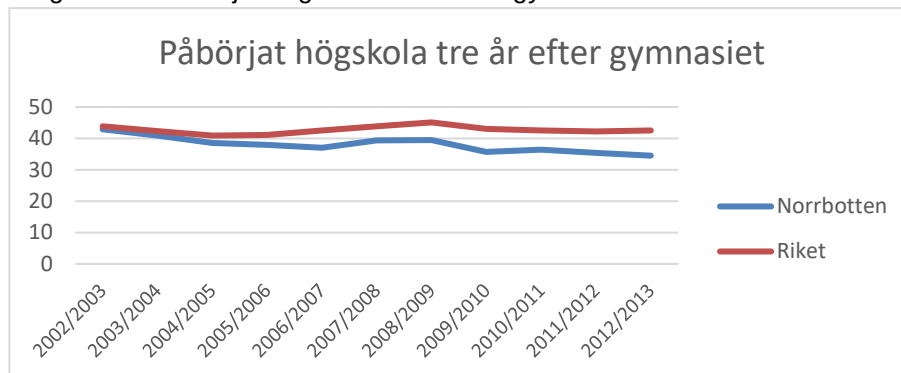
I Norrbotten ses att fler än i riket har gymnasieexamen, men betydligt färre har högskolebehörighet än i riket. Det är betydligt vanligare med yrkesför-

⁵⁸ Regionfakta Norrbotten (år 2017).

beredande gymnasieexamen i länet än i riket (2016/2017)⁵⁹. När det gäller elever som fullföljt gymnasieutbildning inom fyra år, ses stora variationer inom länets kommuner.

Generella regionala variationer kan ses i riket vad gäller andelen som studerar vidare på högskola/universitet. I kommuner där de bor många med högskoleutbildning är det vanligare att studera vidare. Även närheten till en högskola/universitet är av betydelse, liksom arbetsmarknaden.

Diagram 16. Påbörjat högskola tre år efter gymnasiet. Procent.



Källa: Regionfakta Norrbotten (SCB)

Tabell 4 visar andel högskolestuderande tre år efter gymnasiet 2012/2013 i Norrbottens kommuner. Andelen män som studerar vidare 3 år efter gymnasium i länet (27,6 procent) är mycket lägre än i riket (36,9 procent). Genomsnittet för riket bland kvinnor är 48,1 procent att jämföra med 41,5 procent i länet.

I Luleå finns en högre andel högskolestuderande än riket. Också Kalix och Arvidsjaur hade höga tal, då i ett länsperspektiv. Övertorneå hade en låg andel män som påbörjat högskola tre år efter gymnasiet, men en hög andel kvinnor som studerade vidare efter gymnasiet. Jokkmokk och Pajala hade låga andelar som påbörjat högskola tre år efter gymnasiet.

⁵⁹ Regionfakta, Norrbotten (år 2017).

Tabell 5. Påbörjat högskola tre år efter gymnasiet 2012/2013, länet, riket, Norrbottens kommun. Kvinnor och män. Procent.

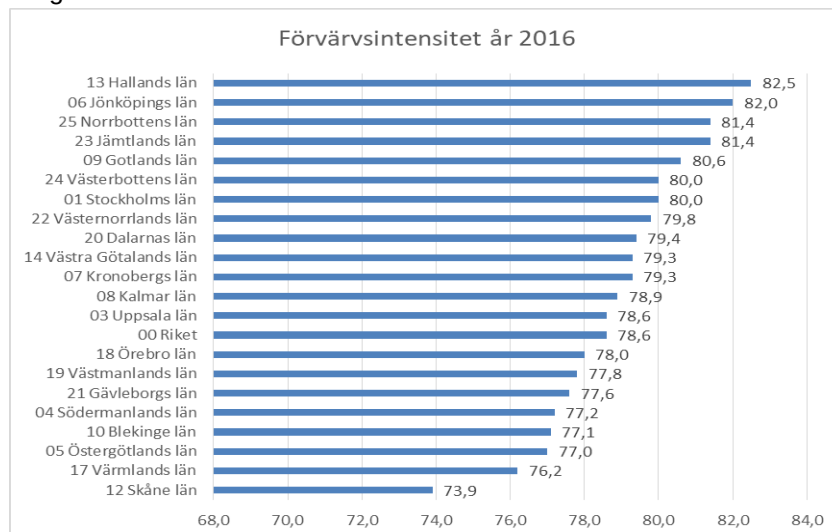
Kommun/Region	Kvinnor	Män	Samtliga
Arjeplog	42,9	20,0	25,9
Arvidsjaur	46,7	24,2	34,9
Boden	39,3	31,3	35,3
Gällivare	34,4	12,5	23,4
Haparanda	35,0	15,8	25,6
Jokkmokk	19,0	19,2	19,1
Kalix	48,1	25,9	38,9
Kiruna	26,6	26,6	26,6
Luleå	52,4	36,3	44,2
Pajala	28,1	19,2	24,1
Piteå	39,8	27,9	33,8
Älvsbyn	32,6	25,7	29,5
Överkalix	41,2	16,7	31,0
Övertorneå	42,9	5,4	21,5
Norrbottens län	41,5	27,6	34,5
Riket	48,1	36,9	42,5

Källa: Regionfakta Norrbotten, SCB

2.4 Förvärvsintensitet i länet år 2016

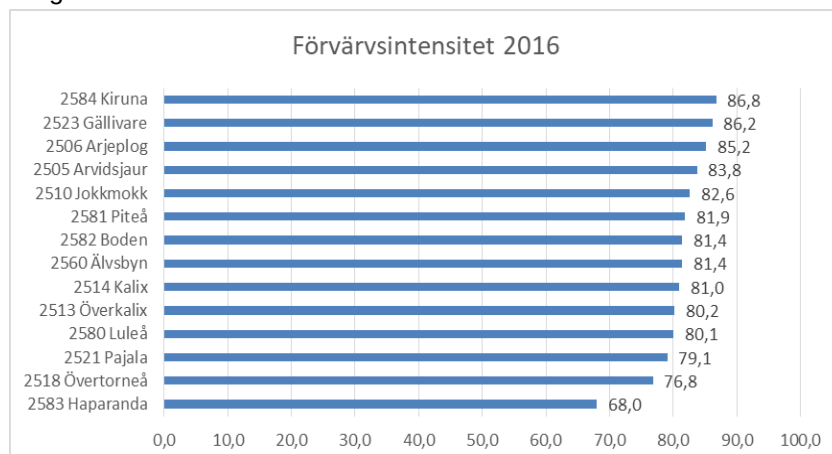
År 2016 arbetade en högre andel av medborgarna i åldern 20-64 år i länet (81,4 procent), än i riket (78,6 procent). Det finns dock variationer inom länet. Andelen förvärvsarbetande är lägst i Haparanda (68 procent) och högst i Kiruna (86,8 procent).

Diagram 17. Förvärvsintensitet riket och länen. År 2016.



Källa: SCB

Diagram 18. Förvärvsintensitet Norrbottens kommuner. År 2016.

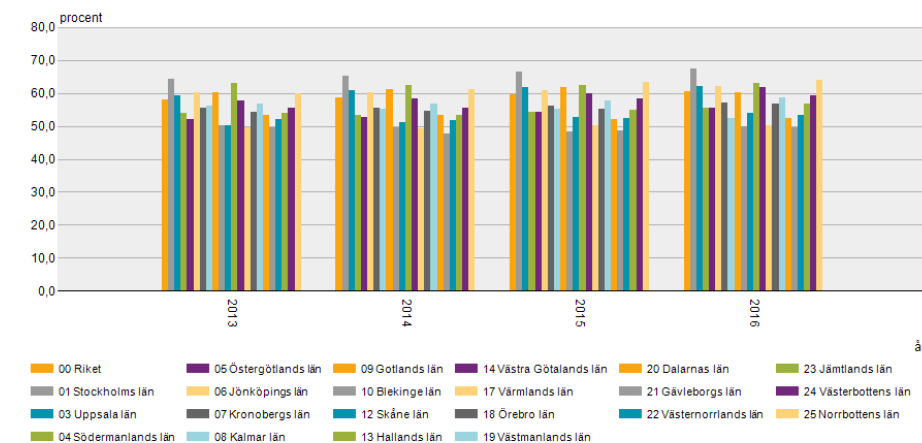


Källa: SCB

2.4.1 Förvärvsintensitet bland utrikesfödda och flyktingar

Förvärvsintensiteten i länet var 83,9 procent bland inrikes födda att jämföra med 63,8 procent bland utrikes födda (år 2016). Utrikes födda män hade något lägre förvärvsintensitet (61,5 procent) än utrikes födda kvinnor (65,8 procent)⁶⁰. När det gäller andelen förvärsarbetande utrikesfödda, har Norrbotten siffror i paritet med rikets bästa län (se diagram 16: Norrbotten stapel längst till höger). Stockholms län toppar förvärsintensitet bland utrikesfödda, jämförelseåren 2013-2016.

Diagram 19. Förvärvsintensitet, utrikesfödda, år 2013-2016. Länen, riket. Förvärvsintensitet, procent efter region, inrikes/utrikes född, kön och år



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

Källa: SCB

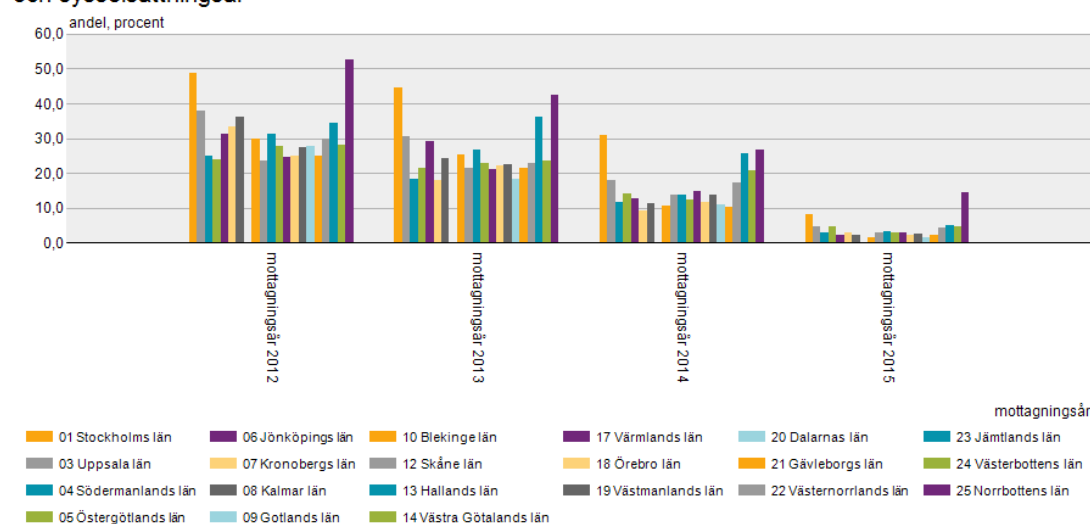
⁶⁰ SCB, statistikdatabasen.

2.4.2 Hög andel förvärvsarbetande bland kommunmottagna flyktingar i länet

Om man ser på andelen förvärvsarbetande flyktingar, som kommit till Sverige åren 2012-2015 och som är i arbete år 2015, kan noteras att Norrbotten har en jämförelsevis hög andel i arbete. Många faktorer spelar in när det gäller förvärvsfrekvensen bland flyktingar. Det handlar till exempel om utbildningsnivå, ålder och kön⁶¹. Hur lätt det är för utrikes födda att etablera sig på arbetsmarknaden har historiskt varierat i takt med konjunkturen. Ett starkt konjunkturläge medför att efterfrågan på arbetskraft tilltar liksom behovet att nyrekrytera⁶². Det är troligt att det stora behovet av ersättningsrekryteringar inom volymkrävande områden som vård- och omsorg, bidragit till en högre förvärvsintensitet bland de nyanlända i länet⁶³. Gruppen är dock relativt liten (se tabell 6), varpå det är svårt att med säkerhet säga vilka faktorer som spelar in.

Diagram 20. Förvärvsarbetande kommunmottagna flyktingar, procent efter region, mottagningsår och sysselsättnings år.

Andel förvärvsarbetande kommunmottagna flyktingar, procent efter region, kön, mottagningsår och sysselsättningsår



Källa: Statistiska centralbyrån (SCB)

⁶¹ SCB, tidskriften Valfärd 3: 2017. Svårast på arbetsmarknaden är det för äldre lågutbildade kvinnor.

⁶² Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017, Norrbottens län. Arbetsförmedlingen

⁶³ Kommentar Timo Mulk-Pesonen, analytiker Arbetsförmedlingen.

Tabell 6. Andel och antal förvärvsarbetande kommunmottagna flyktingar efter mottagningsår och sysselsättnings år (år 2015). Norrbotten.

Mottagningsår	Förvärvsarbetande	Folkbokförda	Andel
2012	109	207	53
2013	80	189	42
2014	70	262	27
2015	61	422	14

Källa: SCB.

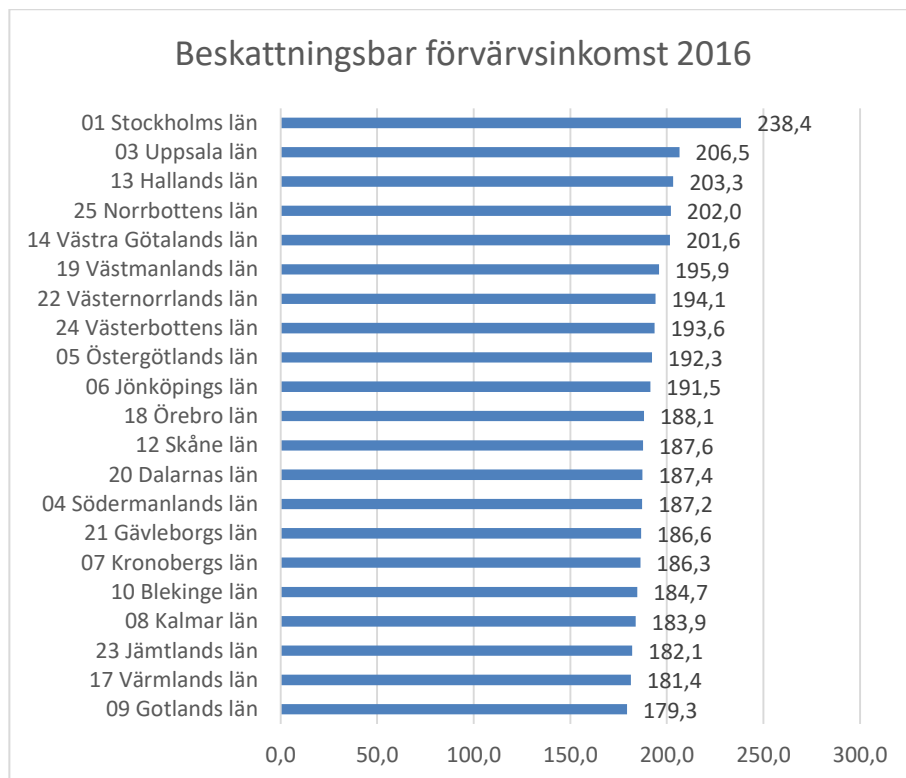
Stockholms län och Norrbottens län utmärker sig med en högre andel förvärvsarbetande flyktingar än i övriga län. Fortfarande finns dock möjligheter att öka förvärvsfrekvensen. Många flyktingar studerar de första åren efter ankomst till Sverige. Därtill kan noteras, att det är vanligt att flyktingar flyttar till någon av Sveriges storstäder, antingen direkt vid invandringen eller en kort tid därefter. Tidigare studier har visat, att så många som 90 procent av flyktingarna som kommit till Norrbottens kommuner lämnat Norrbotten fem år efter ankomst (SCB⁶⁴).

2.5 Hög nivå på inkomster i länet

Nedan anges kommunalt skatteunderlag, dvs. beskattningsbar förvärvsinkomst i kronor per invånare, för kommuner/länet och för riket under år 2016. När det gäller medelinkomster per invånare (totalt, alla åldersgrupper) ligger Norrbotten i topp, efter Stockholm, Uppsala och Hallands län. Rikets snitt är ungefär som Norrbottens. Inom länet utmärker sig Haparanda och Övertorneå med inkomster lägre än länssnittet, medan Kiruna och Gällivare utmärker sig med inkomster över länssnittet.

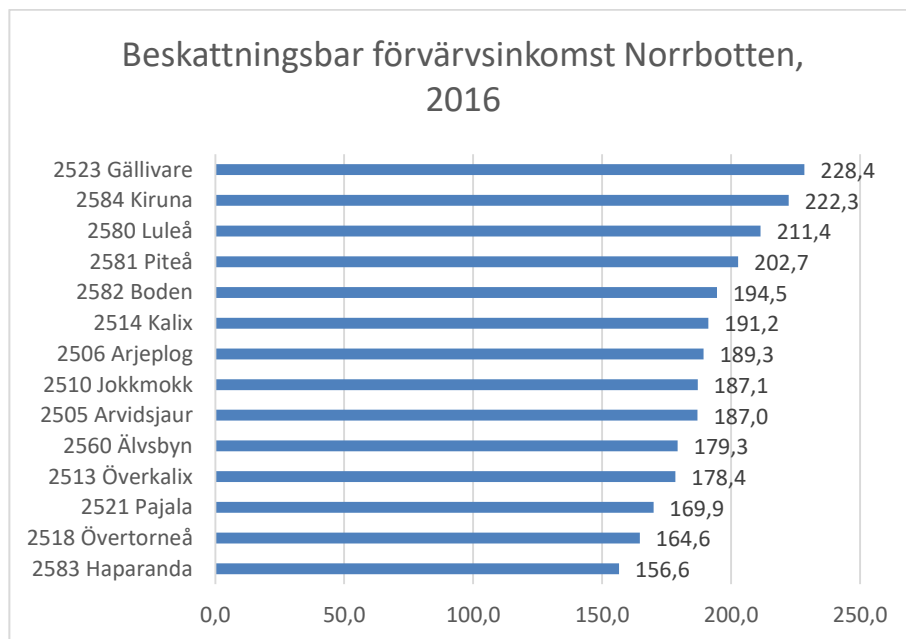
⁶⁴ <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/integration--analys/pong/statistiknyhet/integration--flyktingars-flyttmonster-i-sverige/>

Diagram 21. Beskattningsbar förvärvsinkomst, medelvärde för alla, tkr, år 2016.



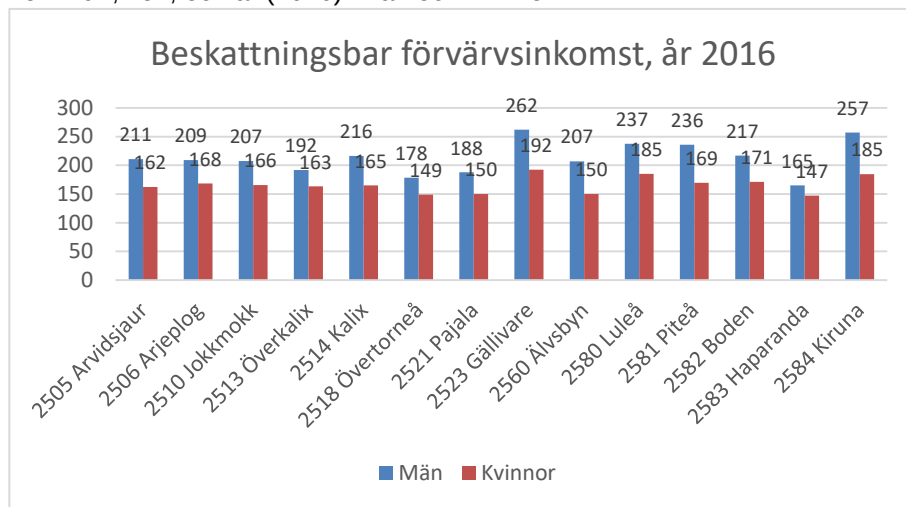
Källa: SCB

Diagram 22. Beskattningsbar förvärvsinkomst, medelvärde för alla, tkr efter kommun i Norrbotten, år 2016.



Källa: SCB

Diagram 23. Beskattningsbar förvärvsinkomst, medelvärde för alla, tkr efter kommun, kön, och år (2016). Män och kvinnor.



2.5.1 Kommuner med högst sammanräknad förvärvsinkomst i riket

Nedan anges kommuner med högst sammanräknad förvärvsinkomst⁶⁵ år 2015. Medianvärde i kronor. Medborgarna 25–64 år. Åtta av de tio kommunerna ligger i Stockholms län, men Kiruna utmärker sig med höga inkomster även nationellt (SCB). Högst medelinkomster har män och kvinnor i Gällivare och Kiruna. Lägst medelinkomst har kvinnor i Älvsbyn samt män och kvinnor i Haparanda (ses ej i tabell, se ref⁶⁶).

Tabell 7. Kommuner med högst sammanräknad förvärvsinkomst år 2015.

Kommuner, riket	Sammanräknad förvärvsinkomst (median)
Riket	316 800
Danderyd	453 000
Täby	415 200
Lomma	400 200
Lidingö	392 000
Vaxholm	381 500
Nacka	380 900
Sollentuna	378 500

⁶⁵ Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet, innan skatt har dragits. I inkomst av tjänst ingår förutom lön även inkomst från pension och skattepliktiga ersättningar från socialförsäkringssystemet såsom sjukpenning, föräldrapenning, a-kassa med mera. Kapitalinkomster ingår inte. Skattefria bidrag som barnbidrag, bostadsbidrag och ekonomiskt bistånd ingår inte heller

⁶⁶ På tal om kvinnor och män, Länsstyrelsen (2017).

Kommuner, riket	Sammanräknad förvärvsinkomst (median)
Ekerö	376 700
Kiruna	367 700
Nykvarn	364 300

2.5.2 Hög inkomstutveckling mellan år 2005-2015

Inkomstutveckling, beräknad som sammanräknad förvärvsinkomst (median), skiljer sig åt mellan olika kommuner. För medborgarna i Gällivare och Kiruna har inkomsten ökat allra mest i riket procentuellt sett, 31 procent, under åren 2005-2015. Även Pajala, Arjeplog och Övertorneå finns bland de kommuner som har störst ökning.

Noterbart är att det är män som svarar för inkomstökningen i de aktuella kommunerna i länet. Vidare, på topplistan över inkomstutveckling finns både höginkomstkommuner och kommuner med lägre inkomstnivå. T.ex. ligger Pajala och Övertorneå på den undre halvan av inkomstrankingen, men med en hög procentuell ökning av förvärvsinkomst⁶⁷. Expanderande gruvindustri ligger framförallt bakom den utveckling som ses i Norrbottens kommuner. För Arjeplogs del, svarar biltestverksamhet sannolikt för större delen av inkomstutvecklingen på orten.

Tabell 8. Inkomstutvecklingen, sammanräknad förvärvsinkomst, 10 bästa kommuner i riket 2005-2015, totalt, kvinnor och män.

Kommuner, riket	Procentuell ökning av sammanräknad förvärvsinkomst år 2005-2015, totalt	Kommuner, riket	Procentuell ökning av sammanräknad förvärvsinkomst år 2005-2015, kvinnor	Kommuner, riket	Procentuell ökning av sammanräknad förvärvsinkomst år 2005-2015, män
Riket	21	Riket	24	Riket	18
Gällivare	31	Lomma	34	Gällivare	35
Kiruna	31	Härjedalen	31	Kiruna	32
Lomma	30	Stenungsund	31	Pajala	32
Pajala	28	Öckerö	31	Övertorneå	26
Varberg	27	Lerum	30	Arjeplog	26
Arjeplog	27	Varberg	30	Karlsborg	26
Vaxholm	26	Lekeberg	30	Öckerö	25

⁶⁷ [https://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Storst-okning-av-inkomsten-i-Norrlandskommuner/Arbetsmarknad,medborgarnas_sammansattning,\(alder_och_utbildning\)_in_och_utflyttning_till_och_från_kommuner_påverkar_inkomstnivån](https://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Storst-okning-av-inkomsten-i-Norrlandskommuner/Arbetsmarknad,medborgarnas_sammansattning,(alder_och_utbildning)_in_och_utflyttning_till_och_från_kommuner_påverkar_inkomstnivån). En växande arbetsmarknad eller nya bostadsområden leder ofta till inflyttning av personer som drar upp inkomstnivån. Man ska dessutom komma ihåg att avgränsningen till personer i åldern 25–64 år innebär att nya årskullar har tillkommit i redovisningen och gamla har försvunnit. Det är alltså inte samma personer som jämförs 2005 och 2015.

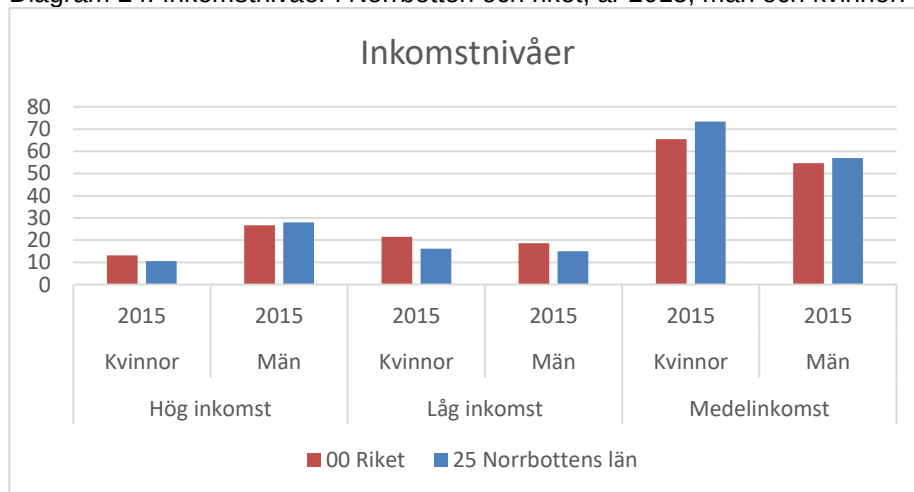
Kommuner, riket	Procentuell ökning av sammanräknad förvärvsinkomst år 2005-2015, totalt	Kommuner, riket	Procentuell ökning av sammanräknad förvärvsinkomst år 2005-2015, kvinnor	Kommuner, riket	Procentuell ökning av sammanräknad förvärvsinkomst år 2005-2015, män
Höör	26	Älmhult	30	Jokkmokk	24
Vallentuna	26	Höganäs	29	Kalix	24
Överkalix	26	Kungsbacka	29	Storuman	24

Källa: SCB

2.6 Inkomstfördelning i länet

År 2015 var ca 15,5 procent av norrbottningarna låginkomsttagare (20 procent i riket). Andelen med höga inkomster var i paritet med riket (20 procent) medan andelen medelinkomsttagare var något högre än i riket (ca 65 procent). Tabell med fördelning på låga, höga och medelinkomster i varje Norrbottenskommun, bland män, kvinnor och totalt, återfinns i bilaga.

Diagram 24. Inkomstnivåer i Norrbotten och riket, år 2015, män och kvinnor.

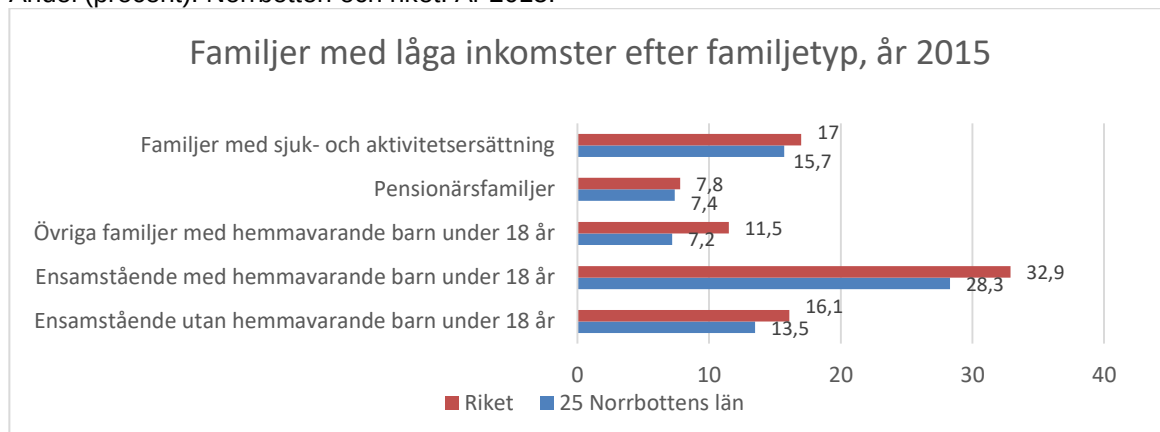


Källa: Folkhälsomyndigheten

2.6.1 Familjer med låga inkomster efter familjetyp

Diagrammet nedan åskådliggör familjetyper med låga inkomster fördelat på kommun. Indikatorn ensamstående med barn avser främst att spegla barnens olika levnadsförhållanden. Den vanligaste familjetypen med låga inkomster omfattar ensamhushåll med barn under 18 år. Norrbotten har genomgående en lägre andel familjer med låga inkomster, jämfört med riket.

Diagram 25. Familjer med låga inkomster efter familjetyp, region och år. Andel (procent). Norrbotten och riket. År 2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten

Andelen barn under 18 år som bor med ensamstående föräldrar med låga inkomster är högst i Övertorneå, Älvsbyn och Arvidsjaur samt lägst i Kiruna, Gällivare och Luleå. Övertorneå utmärker sig med relativt höga andelar låginkomsttagare i respektive familjetyp. Även Haparanda ligger högt i sin relativa andel av låginkomsttagare. Bland de med låga inkomster i Haparanda finns en väsentligt högre andel pensionärer liksom sjuk- och aktivitetsersatta, jämfört med kommunerna i övriga länet.

Tabell 9. Familjer med låga inkomster efter familjetyp, region och år. Andel (procent). Kommuner i Norrbotten. År 2015.

	Ensamstående utan hemmavarande barn under 18 år	Ensamstående med hemmavarande barn under 18 år	Övriga familjer med hemmavarande barn under 18 år	Pensionärsfamiljer	Familjer med sjuk- och aktivitetsersättning
År	2015	2015	2015	2015	2015
2505 Arvidsjaur	12,1	40,7	7,8	7,3	10
2506 Arjeplog	12,6	34,6	7,9	11,5	10,1
2510 Jokkmokk	15,9	36,1	15,3	9,5	11,1
2513 Övertorneå	14,3	39,7	11,1	9,4	15,2
2514 Kalix	12,9	29,2	8,2	7,5	16,4
2518 Övertorneå	21,3	43,8	18,2	14,2	21,6
2521 Pajala	17,4	30,9	14,7	14,3	20,4
2523 Gällivare	10	20,8	4,1	7,9	14,9
2560 Älvsbyn	13,3	41,3	13,1	7,5	18,3
2580 Luleå	13,8	25,9	6,1	5,2	15,5
2581 Piteå	11,4	27,8	4,2	5	13,2

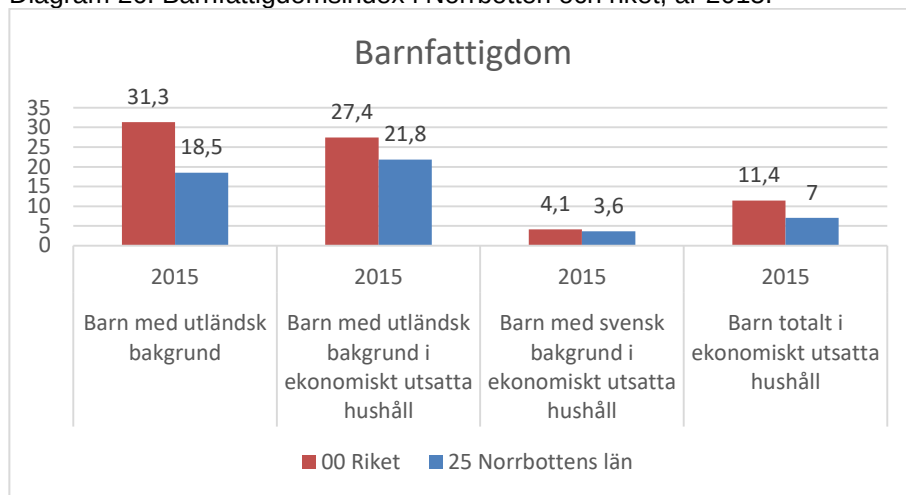
	Ensamstående utan hemma-varande barn under 18 år	Ensamstående med hemma-varande barn under 18 år	Övriga familjer med hemma-varande barn under 18 år	Pensionärsfamiljer	Familjer med sjuk- och aktivitetsersättning
2582 Boden	12,8	32,7	7,3	5,6	16,5
2583 Haparanda	24,1	37,6	19,8	18,6	23,8
2584 Kiruna	12,4	19,2	6	7,4	17,9

Källa: Folkhälsomyndigheten

2.6.2 Barn i ekonomiskt utsatta hushåll

Färre barn i Norrbotten har utländsk bakgrund (18,5 procent, jämfört med 31,3 procent i riket). Andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll är lägre i Norrbottens län (7 procent) än i riket (11,4 procent). I länet lever betydligt fler barn med utländsk bakgrund i ekonomiskt utsatta hushåll, 21,8 procent jämfört med svenska barn 3,6 procent.

Diagram 26. Barnfattigdomsindex i Norrbotten och riket, år 2015.



Källa: Folkhälsomyndigheten

2.7 Sociala relationer

Det finns ett stort antal studier som ger belägg för sociala relationers hälsofrämjande effekt, framförallt i termer av sociala nätverk, socialt stöd, socialt deltagande, tillit, socialt sammanhang, integrering, socialt kapital etc. Flera studier har visat att integrerade individer med starka band till familj eller omgivning lever längre och har bättre hälsa än socialt isolerade individer. Välintegrerade individer kan även uppvisa en ökad kapacitet att återhämta sig från sjukdom. Övertygande samband mellan indikatorer på socialt kapital

(till exempel tillit och delaktighet) och mortalitet har också påvisats. Socialt deltagande har även visats ha en indirekt påverkan på hälsan genom dess inverkan på olika levnadsvanor som i sin tur har betydelse för hälsan⁶⁸.

Studier har visat att i områden med stora inkomstskillnader är man mindre benägen att lita på varandra, det är mer vanligt med våld och de sociala relationerna kan kategoriseras som svagare. Effekten av social status på hälsan kan vara indirekt och dubbel, låg social status kan medför känslor av otrygghet och underlägsenhet som i sin tur kan ha en hälsoeffekt⁶⁹.

När det gäller sociala relationer i Norrbotten är medborgarna mindre rädda att gå ut ensam än i riket, färre saknar emotionellt stöd, färre har svårt att lita på andra och fler har lågt socialt deltagande. Det är också mer ovanligt att ha varit utsatt för kränkande bemötande.

När det är fråga om könsskillnader och sociala relationer är det framförallt kvinnor som är rädda att gå ut ensamma, liksom kvinnor som blir utsatta för kränkande bemötande. Män har i högre grad lågt socialt deltagande och saknar i högre utsträckning emotionellt stöd.

Tabell 10. Sociala relationer, Riket och Norrbotten män och kvinnor. År 2013-2016.

Sociala relationer (självrapporterat) efter region, kön och år. Andel (procent).					00 Riket	25 Norrbottens län
	Rädd att gå ut ensam	Andel	Kvinnor	2013-2016	35	26
			Män	2013-2016	8	6
	Utsatt för fysiskt våld	Andel	Kvinnor	2013-2016	2	1
			Män	2013-2016	3	2
	Utsatt för hot om våld	Andel	Kvinnor	2013-2016	5	3
			Män	2013-2016	4	4
	Saknar emotionellt stöd	Andel	Kvinnor	2013-2016	10	6
			Män	2013-2016	14	14
	Saknar praktiskt stöd	Andel	Kvinnor	2013-2016	5	3
			Män	2013-2016	6	5
	Lågt socialt deltagande	Andel	Kvinnor	2013-2016	17	20
			Män	2013-2016	20	25
	Svårt att lita på andra	Andel	Kvinnor	2013-2016	28	20
			Män	2013-2016	28	29
	Utsatt för kränkande bemötande	Andel	Kvinnor	2013-2016	24	17
			Män	2013-2016	15	12

Källa: Folkhälsomyndigheten

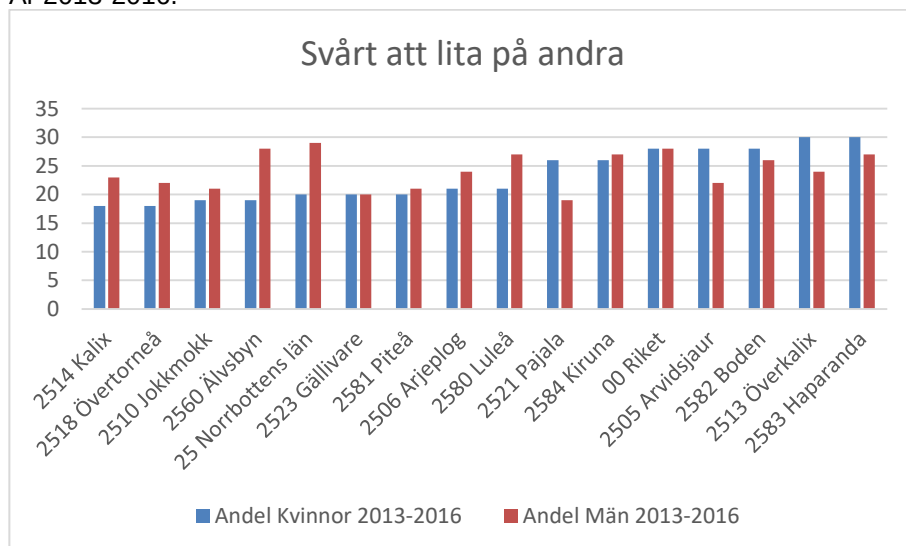
⁶⁸ Syfte och bakgrund till frågorna i folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten, 2016, sid 85.

⁶⁹ Syfte och bakgrund till frågorna i folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten, 2016, sid 72.

Diagram 22 visar att 25 procent av medborgarna i länet i allmänhet har svårt att lita på andra människor, att jämföra med 28 procent i riket (fyra års medelvärde 2013-2016). Män i länet har mindre tillit till andra människor (29 procent) än kvinnor (20 procent).

Minst tillit rapporteras i Haparanda, Boden och Övertorneå, Kiruna. Högst tillit rapporteras i Jokkmokk, Övertorneå, Gällivare och Piteå.

Diagram 27. Tillit till andra människor, Norrbotten och riket. Män och kvinnor. År 2013-2016.



Källa: Folkhälsomyndigheten

3 Levnadsvanor

Socialstyrelsen anger tobak, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma levnadsvanor som orsak till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige.⁷⁰ Sjukvårdens primära mål är att ge goda förutsättningar för hälsa, både genom att tillhandahålla sjukvårdsinsatser och genom att stödja den enskilde medborgaren att själv uppnå och bevara en god hälsa.

3.1 Självskattade levnadsvanor hos medborgarna

Nedan anges norrbottningarnas levnadsvanor, baserade på den nationella folkhälsoenkäten med medeltal för år 2013-2016⁷¹. Sammanställningen är kort och återger länets resultat vs rikets, män och kvinnor. I december år 2018 följer Region Norrbotten mer utförligt länets och kommunernas resultat genom den nationella enkäten "Hälsa på lika villkor" (Folkhälsomyndigheten). Undersökningen genomförs vart fjärde år. Under 2018 tas därtill beslut om en ny folkhälsost strategi för länet.

Utvecklingen av levnadsvanor under de senaste tio åren är överlag positiv i riket och i länet. Såväl användning av tobak som konsumtion av alkohol minskar bland medborgarna i stort och dessa trender har varit stabila under en följd av år. Dock finns det generellt stora skillnader utifrån socioekonomiska faktorer (mätt i utbildningsnivå), kön och ålder. Sammanställningen nedan återger (självskattade) levnadsvanor uttryckta genom fem mått. Norrbottens medborgare utmärker sig med sämre resultat än riket avseende övervikt och fetma, både män och kvinnor. Andelen med övervikt och fetma har ökat över tid. År 2004/2007 var andelen 51 procent (46 procent riket) och 2013/2016 55 procent (50 procent riket). Även bland unga i gymnasieåldern ses övervikt och fetma i högre utsträckning än i riket (visas ej i diagram)⁷².

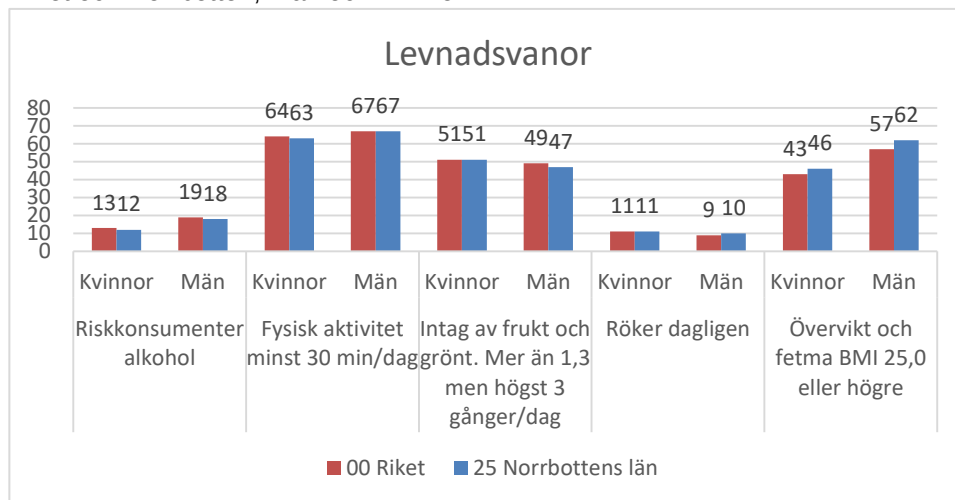
Intag av frukt och grönt är också lägre i Norrbotten bland män. En översikt visar att intag av frukt och grönt ökat över tid. Gällande övriga mått, rökning, alkoholoriskbruk och fysisk aktivitet, är Norrbottens resultat i paritet med rikets.

⁷⁰ Hälsobokslut 2013 Norrbottens läns landsting

⁷¹ År 2012-2015 när det gäller intag av frukt och grönt.

⁷² Sammanfattning av Elevhälsosamtal i Norrbotten 2016–2017, Region Norrbotten.

Diagram 28. Levnadsvanor år 2013-2016 (frukt och grönt år 2012-2015). Riket och Norrbotten, män och kvinnor.



Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män i riket har minst en ohälsosam levnadsvana. Majoriteten bland medborgarna (dryga 80 procent) är positiv till att vårdpersonal diskuterar levnadsvanor när de tar kontakt med vården, och de flesta vill att vårdpersonalen ger stöd till förändringar, om det är ett alternativ till att ge läkemedelsbehandling⁷³.

3.2 Prevention riktad till riskgrupper

Region Norrbotten arbetar sedan år 2014 aktivt med prevention riktad till särskilda riskgrupper, inom ramen för uppföljning av Vårdval primärvård. Riskgrupperna som insatserna riktar sig till är; personer med diagnoserna högt blodtryck och eller övervikt/fetma och diabetes, respektive personer med diagnoserna depression och eller sömnstörning ångest. Uppföljningsinsatserna omfattar riskbedömning och insatser vid risk inom levnadsvaneområden som tobak, alkohol, motion och kostvanor. Resultatstyrt levnadsvanearbete med inriktning mot riskgrupper, förväntas minska sjuklighet och dödlighet genom tidig upptäckt och behandling av sjukdomar och riskfaktorer.

Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ökad risk att utveckla sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom och metabolt syndrom. Bidragande orsaker är till stor del ohälsosamma levnadsvanor som rökning, hög alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor. Konsekvenser av hypertoni prognosticeras av WHO som det viktigaste hotet mot global hälsa och förutspås ge en ökad global sjukdomsburden. Hypertoni är en riskfaktor för uppkomst av följsjukdomar: stroke, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, olika kärl-

⁷³ Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Sjukdomsförebyggande metoder – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen (2015).

sjukdomar, njursjukdom och demens⁷⁴. Fetma och övervikt utgör också riskfaktorer för bland annat hjärtkärlsjuklighet och cancer, demens, ledbesvär⁷⁵. Även diabetes medför risker, primärt för hjärtkärlsjuklighet.

Socialstyrelsen lyfte år 2014, fram Region Norrbotten som ett gott exempel med avseende riskgruppsarbete i en utvärdering av landstingens sjukdomsförebyggande arbete. Komparativa fördelar kan därför ses i regionen angående arbetssätt med riskgrupper. Region Norrbotten har därtill en E-utbildning om levnadsvanor och hälsa för personal, liksom personal från Region Norrbotten aktivt deltagit i arbetet med att revidera nationella riktlinjer: Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning (remissversion 2017).⁷⁶ Inom ramen för Vårdval primärvård erbjuds även sedan år 2013 hälsosamtal till 30-40-50 och 60-åringar i länet.

⁷⁵ Läkemedelsverket 5:2 2014, SKL Kronisk sjukdom i primärvård 2015, 1177 Vårdguiden Norrbotten.

⁷⁶ Sommaren år 2018 kommer den slutgiltiga versionen. Se även central referens; Vårdanalys (2016:4) Förebygga för att överbygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor.

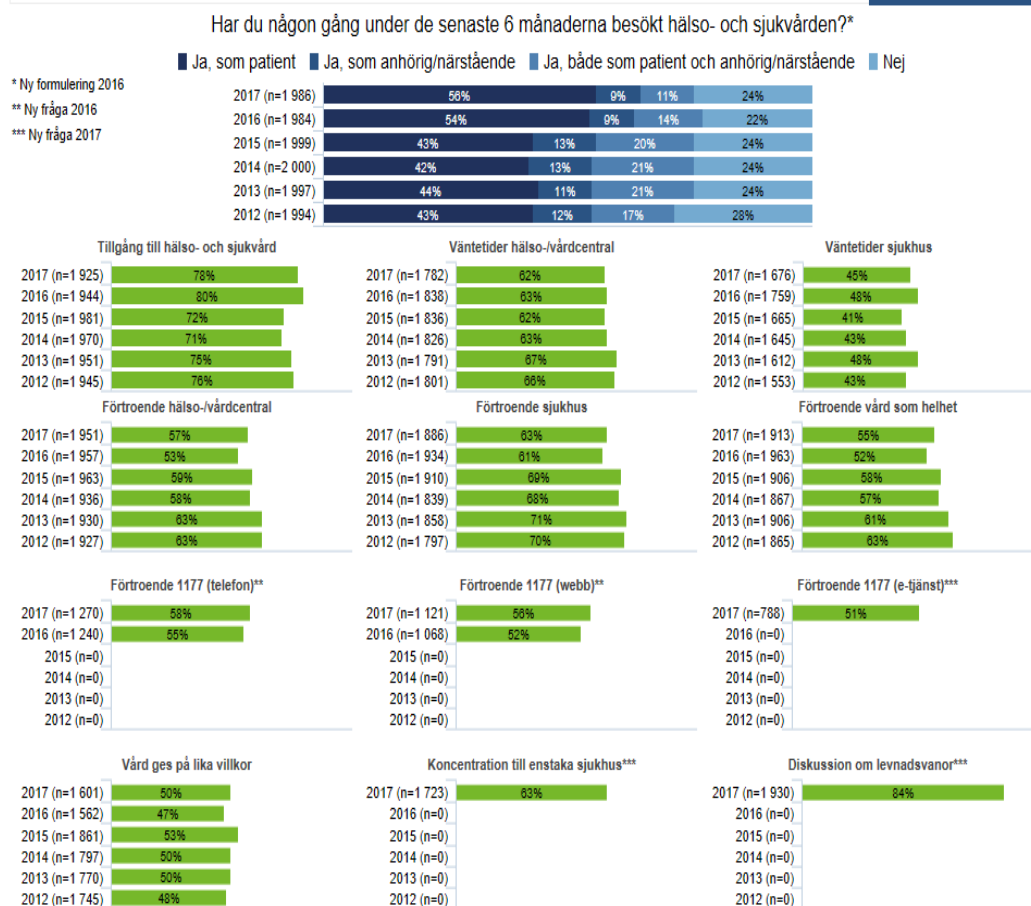
Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård

4 Medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvård

Invånarnas syn på sjukvården mäts årligen genom en befolkningsundersökning om hälso- och sjukvården, Hälso- och sjukvårdsbarometern. I undersökningen jämförs riket och regioner, landsting mot varandra. I undersökningen är länet också indelat i 4 områden: Region mitt (Boden, Luleå), Region Nord (Gällivare, Jokkmokk, Kiruna och Pajala), Region Syd (Arjeplog, Arvidsjaur, Piteå, Älvsbyn), Region Öst (Haparanda, Övertorneå, Kalix).

Norrbottnens samtliga svar på frågorna i hälso- och sjukvårdsbarometern från år 2012-2017 redovisas nedan, se diagram 26. Jämförelserna är över tid (i förekommande fall) och gäller länet. Länet uppvisar förhållandevis stabila värden över tid.

Diagram 29. Medborgarnas syn på och förtroende för hälso- och sjukvården, Norrbotten, år 2012-2017.



Totalt/Norrbottnens läns landsting

Åldersgrupp: Samtliga Födelseland: Samtliga Kön: Samtliga Besökt hälso- och sjukvården senast 6 månaderna: Samtliga Utbildningsnivå: Samtliga Vår/Host: Samtliga

I hälso- och sjukvårdsbarometern brukar frågorna om tillgång till, förtroende för och upplevelse av likvärdig vård vara nyckelfrågor. Dessa redovisas i detta avsnitt, tillsammans med några nya frågor från år 2016-2017. I 2017 års mätning avviker länet genomgående negativt från riket vad gäller förtroende för hälso- och sjukvård. Var man bor i länet är av betydelse för hur man svarat, färre är nöjda i de östra och norra delarna av länet. I Region Mitt och Syd ses överlag bättre resultat och högre förtroende. Sedan föregående mätning, har framförallt region Öst resultat försämrats.

4.1 Tillgång till hälso- och sjukvård

78 procent, eller dryga tre fjärdedelar, av invånarna i Norrbotten uppger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Trots att majoriteten är nöjda är det rikets lägsta resultat och signifikant lägre än rikets genomsnitt på 84 procent. Bäst resultat har Region Jönköping (90 procent), följt av Landstinget i Kalmar (89 procent) och Region Halland (89 procent). Norrbottens lägre resultat förklaras av stora variationer i uppfattning om tillgång till vård inom länet. Var man bor i länet är av betydelse för hur man svarat, färre är nöjda i de östra och norra delarna av länet. 65 procent i Region Nord är nöjda med tillgång till hälso- och sjukvård, att jämföra med 87 procent i region mitt (över riket), 80 procent i Region Syd och 69 procent i region öst. Både Region Nord och Region Öst har resultat under rikssnitt.

Diagram 30. Tillgång till hälso- och sjukvård, år 2017.

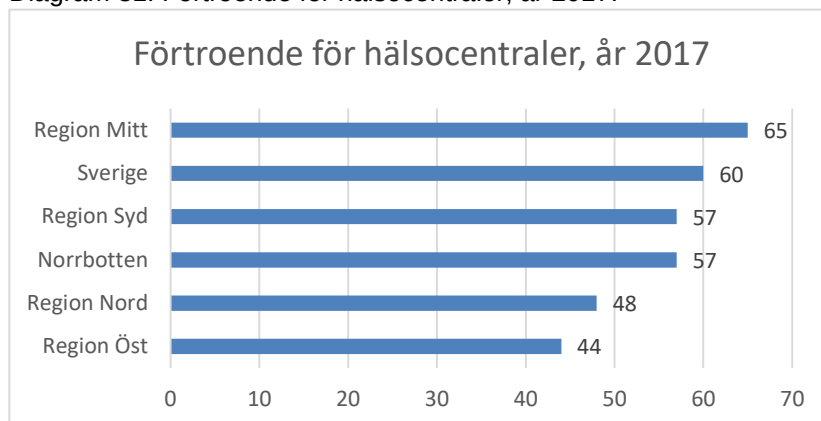


4.2 Förtroende för hälsocentraler

Norrbottningarna har ett lägre förtroende för hälsocentraler än i riket. 57 procent av invånarna har mycket eller ganska stort förtroende för hälsocentraler att jämfört med 60 procent i riket (signifikant skillnad). Högst förtroende återfinns i Region Jönköping (71 procent), Region Halland (70 procent) och Landstinget i Kalmar län (69 procent). Lägst förtroende finns i Landstinget Västernorrland (55 procent). Inom länet finns skillnader i förtroende för hälsocentraler. 65 procent av invånarna i Region Mitt har stort eller ganska stort förtroende för hälsocentraler (fler än i riket). 57 procent har stort eller ganska stort förtroende för hälsocentraler i Region Syd. Bara 44 procent av de svarande i region Öst och 48 procent i Region Nord uppger motsvarande. Region Öst utmärker sig med en stor minskning från 2012 (63 procent).

cent) och även från föregående mättningspunkt, år 2016 (51 procent), vilket ska jämföras med år 2017 (44 procent) med stort eller ganska stort förtroende för hälsocentraler. Andelen som uppgett mycket litet/ganska litet förtroende som svarsalternativ har ökat markant, från 13 till 28 procent år 2012 jämfört med år 2017 i Region Öst. Även andelen som uppger varken eller är relativt hög i region Öst (27 procent, fler än i riket).

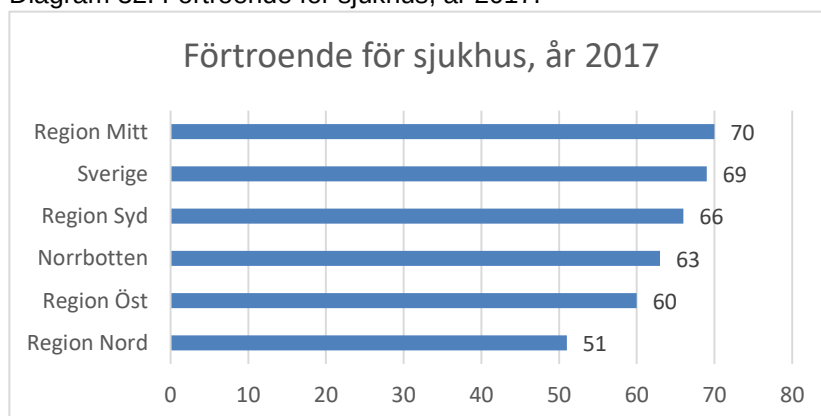
Diagram 31. Förtroende för hälsocentraler, år 2017.



4.3 Förtroende för sjukhus

63 procent av invånarna i Norrbotten har mycket stort eller ganska stort förtroende för sjukhusen i regionen, att jämföra med 69 procent i riket. Norrbottens resultat är signifikant lägre än i riket. Högst förtroende har invånarna i Region Örebro (79 procent), följt av Landstinget i Kalmar (78 procent) och Region Halland (78 procent). Lägst förtroende har invånarna i Landstinget Västernorrland (52 procent). Invånarna i Region Mitt har förtroende i paritet med riket, 70 procent. I Region Nord har 51 procent förtroende för sjukhusen (vilket är en minskning över tid, 60 procent år 2012). Andelen som svarat litet eller ganska litet förtroende har ökat markant över tid, och från 13 procent (år 2012) till 26 procent (år 2017).

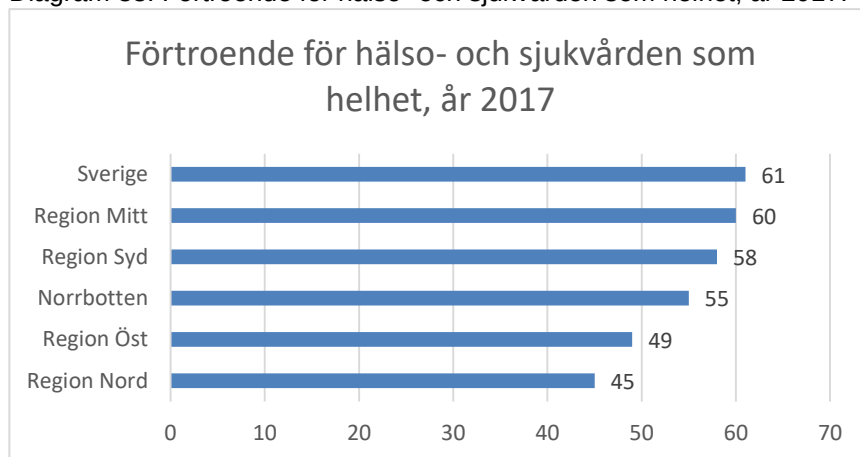
Diagram 32. Förtroende för sjukhus, år 2017.



4.4 Förtroende för hälso- och sjukvården som helhet

55 procent av norrbottningarna har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården som helhet, att jämföra med 61 procent i riket (signifikant skillnad). Högst förtroende har invånarna i Landstinget i Kalmar (72 procent), därefter följer Region Jönköping (72 procent) och Region Örebro län (72 procent). Lägst förtroende har invånarna i Landstinget Västernorrland (46 procent). I Region Mitt, Norrbotten, har 60 procent mycket stort eller ganska stort förtroende, i Region Nord 45 procent. I Region Nord har andelen med mycket eller ganska litet förtroende ökar från 13 procent år 2012, till 27 procent år 2017. I Region Syd har 58 procent mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården som helhet, och i Region Öst 49 procent. Andelen med högt förtroende har minskat med 10 procentenheter i Region Öst sedan år 2012. Andelen som aktivt uppger ett mycket eller ganska litet förtroende har fördubblats i Region Öst från år 2012, från 9 procent till 18 procent år 2017.

Diagram 33. Förtroende för hälso- och sjukvården som helhet, år 2017.



4.4.1 Ges vården på lika villkor?

50 procent av invånarna i Norrbotten uppger att vården ges på lika villkor, varav 47 procent kvinnor och 54 procent män. Tidigare års mätningar har visat att de som svarat på frågorna anser att orsaken är ålder, var man bort i länet, utbildning, yrke och inkomst. Region Norrbottens resultat är signifikant lägre än rikets 57 procent. Region Jönköping har högst andel som tycker vården ges på lika villkor, 67 procent. Därefter följer Region Halland och Landstinget i Kalmar län med 64 procent. Bland invånarna i Västernorrland uppger enbart 43 procent att vården ges på lika villkor. I Region Mitt uppger 57 procent att vården ges på lika villkor, vid Region Nord 42 procent. I Region syd uppger 53 procent att vården ges på lika villkor och i Region Öst 54 procent.

4.4.2 Diskutera levnadsvanor med läkare eller annan vårdpersonal

84 procent av invånarna i Norrbotten uppger att det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig. Det är i paritet med rikets 86 procent. I Landstinget i Kalmar län och Region Halland är 89 procent positiva till att diskutera levnadsvanor. 86 procent av invånarna i Region Mitt är positiva till att diskutera levnadsvanor, 78 procent i Region Nord. I Region Syd är 87 procent positiva, i Region Öst 81 procent.

4.4.3 Koncentration av operationer och behandlingar till enstaka sjukhus för att förbättra kvaliteten

63 procent av invånarna tycker att det är bra att koncentrera operationer och behandlingar till enstaka sjukhus för att förbättra kvaliteten, även om det innebär längre resor för dem själva. Det ska jämföras med 72 procent i Sverige (signifikant skillnad). I Region Örebro län och Landstinget Västmanland tycker 79 procent att det är bra. I Norrbotten, Region Mitt tycker 67 procent att det är bra, i Region Nord 52 procent. 67 procent i Region Syd tycker det samma, 59 procent i Region Öst.

4.4.4 Förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon

Norrbottningarna har landets lägsta förtroende för 1177 via telefoni. 58 procent uppger att de har mycket eller ganska stort förtroende för 1177, att jämföra med rikets 63 procent (signifikant skillnad). En lägre andel män i länet har förtroende för 1177 telefon (54 procent) än kvinnor (61 procent).

Högst förtroende för 1177 telefon finns bland invånare i Västerbottens läns landsting, 71 procent, följt av Region Kronoberg (70 procent) och Landstinget i Uppsala län (69 procent). 60 procent har mycket eller ganska stort förtroende för 1177 i Region Mitt, 56 procent i Region Nord, 59 procent i Region Syd samt 49 procent i Region Öst.

4.4.5 Förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via webben

Förtroende för 1177 via webben, är landets lägsta i länet. 56 procent har mycket eller ganska stort förtroende för 1177 via webben, att jämföra med rikets 63 procent (signifikant skillnad). 50 procent av männen har mycket eller ganska stort förtroende 1177 via webben, att jämföra med 61 procent av kvinnorna.

Region Örebro län har högst förtroende (69 procent), Landstinget i Uppsala län och Västerbottens län näst högst med 68 procent. I Region Mitt har 60 procent mycket eller ganska stort förtroende för 1177 via webben, i Region Nord 51 procent, Region Syd 58 procent samt Region Öst 49 procent.

4.4.6 Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster

Förtroendet för 1177, Vårdguidens e-tjänster, är lägst i Norrbotten. 51 procent har mycket eller ganska stort förtroende för Vårdguidens e-tjänster, komparerat med 58 procent i riket (signifikant skillnad). 46 procent av män-

nen har mycket eller ganska stort förtroende, att jämföra med 55 procent av kvinnorna.

Högt förtroende för e-tjänster har invånare i Region Halland (68 procent), invånare från Landstinget i Uppsala län samt Region Örebro, 67 procent. I Region Mitt har 56 procent högt förtroende, i Region Nord 44 procent, 51 procent i Region Syd och 44 procent i Region Öst.

En grundläggande förutsättning för ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem är att medborgarna känner förtroende för vården. Under år 2018 kommer Myndigheten för Vårdanalys att sammanställa och fördjupa kunskapen om medborgarnas förtroende för vården och vad som formar förtroendet.

Medborgarnas hälsa

5 Medborgarnas hälsa

Medborgarnas hälsa kan beskrivas på många sätt. Medellivslängd brukar ses som ett vanligt mått på folkhälsa. Det kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdsstater och regioner lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och sjukvården genom förebyggande arbete och behandling, kan bidra till en ökad livslängd för medborgarna⁷⁷.

Ett annat vanligt mått på medborgarnas hälsa utgörs av de vanligaste dödsorsakerna. Ytterligare ett mått är förekomst av diagnoser satta i hälso- och sjukvård, vanliga i medborgarna. Självskattad hälsa är ett tredje mått, och sjukdom som leder till nedsatt arbetsförmåga ett fjärde (ersatt av socialförsäkringar). I följande avsnitt ska resultatet för dessa mått närmare sammanställas, för Norrbotten och för riket, män och kvinnor.

5.1 Medellivslängd

Allt fler människor lever allt längre i Sverige. Det är en positiv utveckling som har flera förklaringar. Det handlar exempelvis om bättre levnadsförhållanden, kraftfullare preventiva insatser för att förebygga olyckor och ohälsosamma levnadsvanor samt att vården blir allt bättre på att diagnostisera och behandla sjukdomar⁷⁸.

Norrbottens län har landets lägst prognosticerade medellivslängd, 78,73 år för män och 83,27 år för kvinnor. Högst prognosticerad medellivslängd har Kronoberg, 81,25 år för män och 84,71 år bland kvinnor. Över tid har medellivslängden ökat, vilket främst förklaras av en minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Förbättrade levnadsvanor genom minskad rökning samt lägre blodfetter och blodtryck, bättre behandlingsmetoder, gör att färre insjuknar och avlider. Den höjda utbildningsnivån bland medborgarna som helhet är förmodligen också en betydelsefull orsak till att medellivslängden ökat.⁷⁹ Medellivslängden samvarierar starkt med utbildningsnivå, grupper med förgymnasial utbildning har en livslängd som är nästan sex år kortare, jämfört med grupper med eftergymnasial utbildning.

Nedanstående diagram visar prognosticerad återstående medellivslängd för 0-åringar, 4 års medeltal år 2012-2016, riket och Norrbotten. Diagrammet illustrerar att Norrbotten har lägre förväntad genomsnittlig medellivslängd än i riket (signifikant). Männen avviker mest negativt. Det finns kommuner

⁷⁷ Öppna jämförelser Folkhälsa, år 2014. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKL.

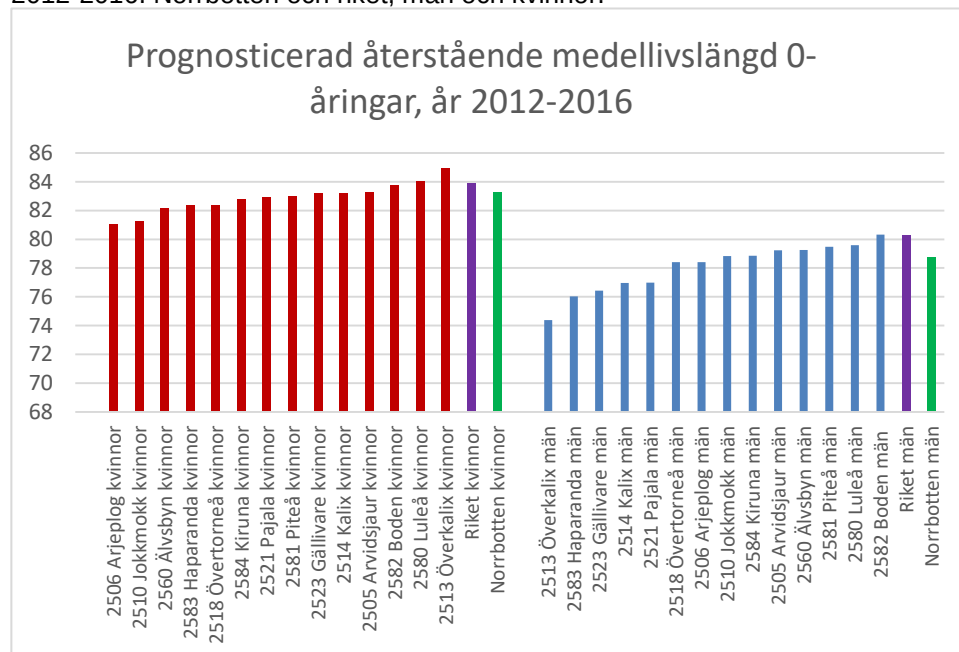
⁷⁸ Vårdanalys (2014:2) VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.

⁷⁹ Öppna jämförelser Folkhälsa, år 2014. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKL.

som har mycket stora skillnader vad gäller mäns förväntade medellivslängd jämfört med kommuner i riket och i länet. Det skiljer t.ex. 5,95 år mellan förväntad medellivslängd mellan män i Boden jämfört med män i Överkalix, som har landets lägsta förväntade medellivslängd (74,37 år). Jämfört med män i Danderyd, som har landets högsta förväntade medellivslängd (83,52 år) är skillnaden hela 9,15 år. Ytterligare fyra kommuner finns med på rankingen bland kommunerna i landet med kortast förväntad medellivslängd för män: Haparanda (plats 4), Gällivare (plats 7), Kalix (plats 8), och Pajala (plats 9).

Bland kvinnor i länet har Överkalix den högst förväntade medellivslängden bland kvinnor, 84,94 år, 3,88 år högre än den förväntade medellivslängden bland kvinnor i Arjeplog. Arjeplog har landets fjärde och Jokkmokk landets nionde lägst förväntade medellivslängd bland kvinnor. Överkalix ligger på plats 25 bland landets kommuner, över högst förväntad medellivslängd bland kvinnor. Högst förväntad medellivslängd i landet har kvinnor i Bjurholm, 86,72 år.

Diagram 34. Prognosticerad återstående medellivslängd för 0-åringar, år 2012-2016. Norrbotten och riket, män och kvinnor.



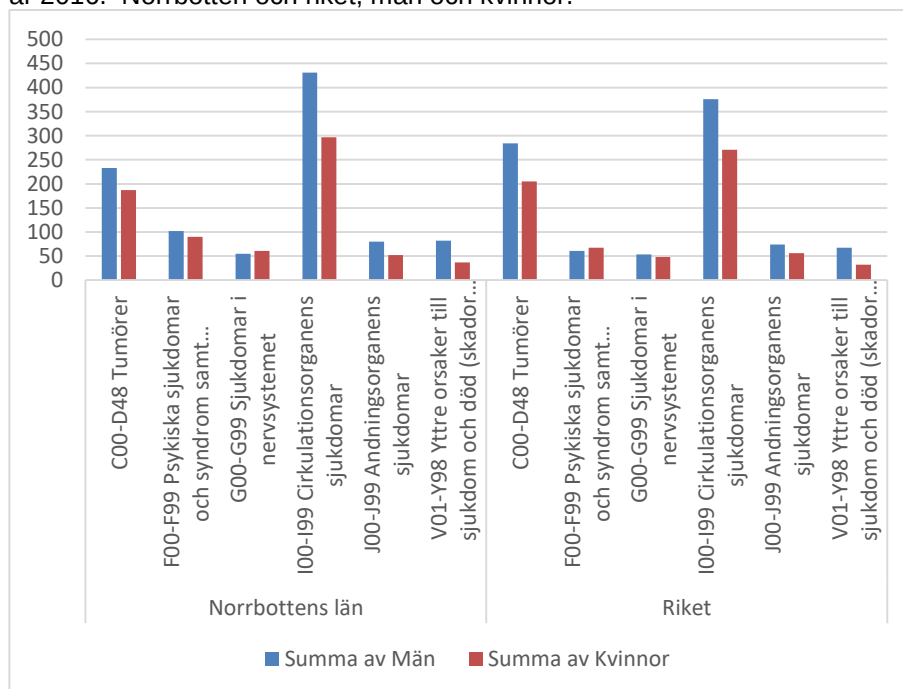
5.2 Dödsorsaker

Län med lägre förväntat medellivslängd har relativt högre dödlighet i flera dödsorsaker jämfört med rikets nivå. Tidigare analyser har visat att det till stor del är hjärt- och kärlsjukdomar som bidrar till regionala skillnader i

dödlighet, men att det finns vissa regionala variationer beträffande dödsorsaker.⁸⁰

Diagrammet nedan återger de sex vanligaste dödsorsakerna, för män respektive kvinnor, i Norrbotten och riket. Dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar och tumörer är absolut vanligast. Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar, särskilt bland män, är vanligare i Norrbotten än i riket. Tumörsjukdom som dödsorsak är något mindre vanligt i Norrbotten än i riket. Dödlighet i psykisk sjukdom är vanligare i Norrbotten än i riket både bland män och kvinnor. Dödlighet genom skador och förgiftningar är mer vanligt bland män i Norrbotten än i riket. Sjukdomar i nervsystemet som dödsorsak är något vanligare bland kvinnor i länet än i riket. Övriga dödsorsaker är ungefär i paritet med riket.

Diagram 35. De sex största dödsorsakerna, dödstal, åldersstandardiserade, år 2016. Norrbotten och riket, män och kvinnor.



Källa: Socialstyrelsens databas.

5.2.1 Hjärtkärlområdet i Norrbotten

På området hjärt-kärlsjukdomar ses en stor minskning av såväl insjuknande som dödlighet över tid. En stor del handlar om reduktion av viktiga riskfaktorer genom sjukvård och behandling⁸¹, liksom levnadsvanor. Trots det står hjärt-kärlsjukdomar fortfarande för den största sjukdomsbördan i form av

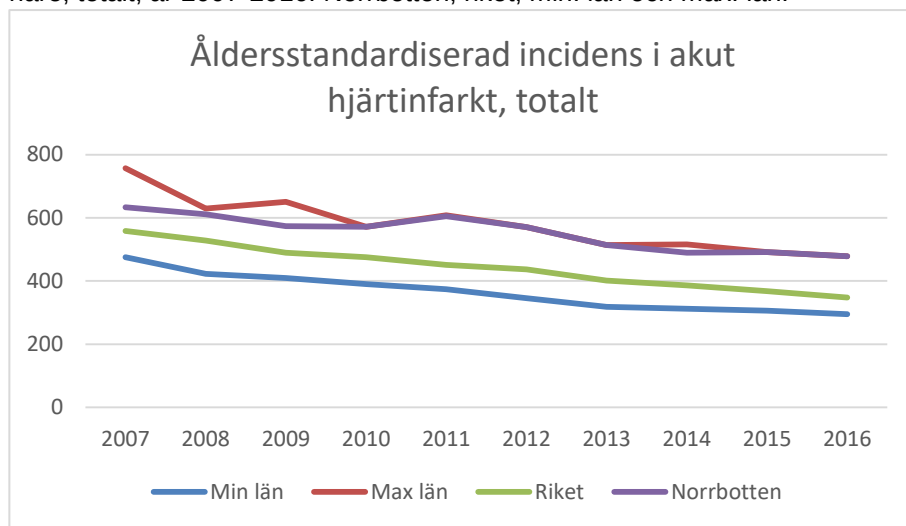
⁸⁰ Livslängden i Sverige 2011-2015. Livslängdstabeller för riket och länen. Demografiska rapporter 2016:4, SCB.

⁸¹ Här ses historiskt goda resultat. Sunderby sjukhus utmärker sig i Swedeheart år 2016 med utmärkta resultat. Variation i behandlingsresultat ses dock mellan länets sjukhus.

förlorade levnadsår. Bortåt en miljon personer har hjärt-kärlsjukdom i Sverige⁸². Det finns alltså fortfarande utrymme för stora förbättringar, inte minst i Norrbotten.

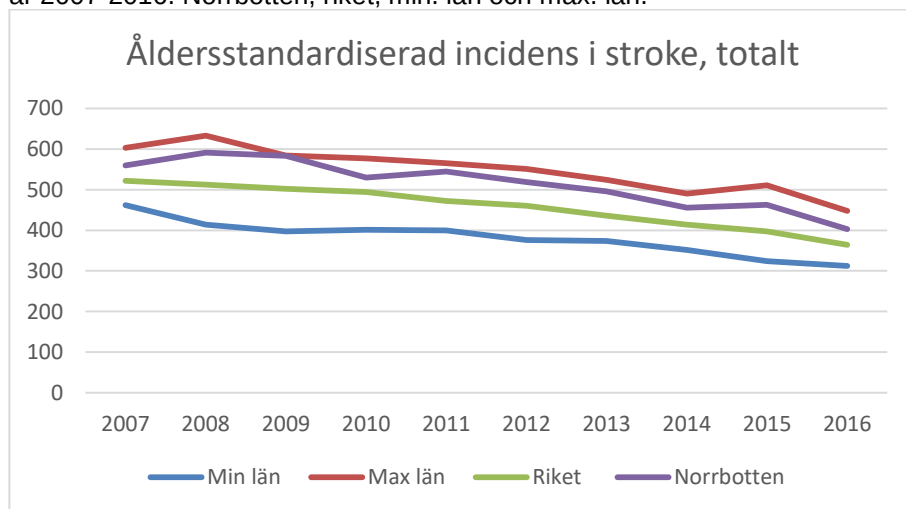
Både när det gäller incidens i akut hjärtinfarkt och stroke utmärker sig Norrbotten negativt. År 2016 hade män den högsta incidensen i landet i akut hjärtinfarkt, den näst högsta bland kvinnor. Samma år hade män den fjärde högsta incidensen i stroke, den sjätte högsta bland kvinnor.

Diagram 36. Åldersstandardiserad incidens i akut hjärtinfarkt/100 000 invånare, totalt, år 2007-2016. Norrbotten, riket, min. län och max. län.



Källa: Socialstyrelsens databas

Diagram 37. Åldersstandardiserad incidens i stroke/100 000 invånare, totalt, år 2007-2016. Norrbotten, riket, min. län och max. län.



Källa: Socialstyrelsens databas.

⁸² Hälso- och sjukvården år 2035. SKL 2016.

Även när det gäller diabetes avviker Norrbotten negativt från riket. Uttag från Datalagret i Norrbotten visar att förekomsten av diabetes bland medborgarna är 5,3 procent (i riket är förekomsten av diabetes till 4-5 procent av medborgarna). I åldersgruppen 65-79 år är förekomsten 14,3 procent och i åldersgruppen över 85 år 14 procent. Det finns en ökad överlevnad i diabetesgruppen över tid, även om det fortfarande finns en överrisk i mortalitet vid både typ 1 och typ 2 diabetes⁸³. Överrisken för dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes har varit större i Norrbotten än i riket.⁸⁴

Under år 2017 tog Region Norrbotten fram en rapport: en åldrande befolkning i Norrbotten⁸⁵ – vad betyder det för hälso- och sjukvården? Rapporten prognosticerar utvecklingen av sex av de vanligaste diagnoserna bland äldre. Rapporten lyfter bland annat faktorer som kan påverka utvecklingen framöver, när det gäller hälsa och vårdbehov i den växande gruppen äldre inom dessa specifika diagnoser.

5.2.2 Utvecklingen av medborgarnas hälsa - ett nytt sjukdomspanorama

Medborgarna i Sverige åldras. Allt fler blir allt äldre och allt fler kommer att leva länge med kroniska sjukdomar. SKL konstaterade i rapporten ”Hälso- och sjukvård år 2035,” att vården måste anpassas till ett sjukdomspanorama allt mer dominerat av kroniska sjukdomar. Det gäller t.ex. diabetes, hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdomar som astma och KOL, cancer, ledsjukdomar, smärta och psykisk ohälsa. Rapporten beskriver behovet av nödvändiga förändringar av hälso- och sjukvården de kommande decennierna, för att anpassa inriktning och struktur till att bättre hantera kroniska sjukdomar. Det ses som en förutsättning för förbättrade behandlingsresultat, men även för att bryta en alltför hög kostnadsökningstakt inom hälso- och sjukvård.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys⁸⁶ kan 80-85 procent av sjukvårdens kostnader knytas till vård av personer med kroniska sjukdomar. Kroniker använder fyra till sex gånger mer sjukvård per person än personer utan kronisk sjukdom. Två tredjedelar av dem med kronisk sjukdom har

⁸³ En åldrande befolkning i Norrbotten – vad betyder det för hälso- och sjukvården i framtiden? Region Norrbotten.

⁸⁴ Vården i siffror, dödlighet i hjärt-kärl sjukdom vid diabetes, Norrbotten år 2014-2015: 545/100 000 invånare, riket 463/100 000 invånare.

⁸⁵ https://samarbeta.nll.se/producentplats/samverkanlandstingsdirektorensstab/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/producentplats/samverkanlandstingsdirektorensstab/Publicerade/Publik/Redovisande/Rapporter%20och%20Resultat/Analys%20av%20en%20%C3%A5ldrande%20befolkning%20i%20Norrbotten%20vad%20betyder%20det%20f%C3%B6r%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rden.pdf&action=default

⁸⁶ Vårdanalys 2014:12. VIP i vården Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.

kontakter med både primär och specialistvård. I stort sett varannan vuxen har minst en kronisk sjukdom och var femte av dem under 20 år. Av de som dör av en kronisk sjukdom har 90 procent en sjukdom som är möjlig att förebygga.⁸⁷ Det finns potential i att arbeta med prevention (primär och sekundär), då kroniska sjukdomar i stor utsträckning är möjliga att förebygga, liksom att den successiva försämring som är typisk för kroniska sjukdomar kan bromsas.

5.3 Besök i specialiserad öppenvård i Norrbotten – de största diagnosgrupperna

År 2016 ses ca 257 000 läkarbesök i öppenvård i Norrbotten. 53 procent av besöken görs av kvinnor. Öppenvårdsbesöken ökar årligen, mer vård som utförs i slutenvård utförs nu i öppenvård, men också på grund av en ökad inrapportering till det nationella patientregistret över tid⁸⁸.

Fler besök i specialiserad öppenvård ses i riket än i Norrbotten, totalt ca 133 000 besök/100 000 invånare, att jämföra med ca 103 000 i Norrbotten. I Norrbotten ses en ökning av besöken med 10 procent mellan år 2007 och år 2016, i riket ses en ökning med 30 procent.

Den vanligaste besöksorsaken i öppen specialiserad vård i Norrbotten fördelat efter diagnos, är en Z-diagnos, vilket är en diagnos som inte går att knyta till ett specifikt diagnosområde. Nästa vanligast är R-diagnos, vilket är en diagnosgrupp baserad på symptom och sjukdomstecken, onormala kliniska eller laboratoriefynd. Tillsammans utgör de 25 procent av de 17 vanligaste besöksdiagnoserna, vanligare bland kvinnor än bland män.

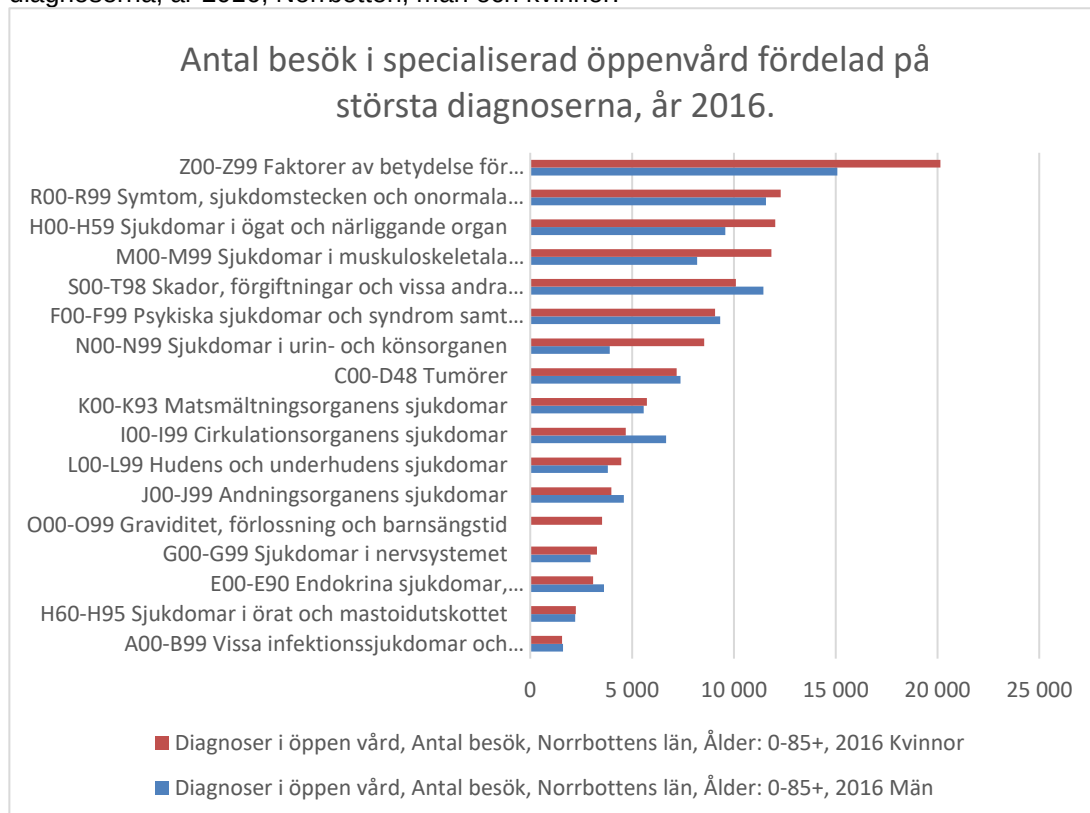
Därefter följer i storleksordning sjukdomar i ögat (ca 22 000 öppenvårdsbesök), vanligare bland kvinnor, samt skador och förgiftningar (ca 21 500 besök), som är vanligare besöksorsak bland män. Muskuloskeletala sjukdomar har ca 20 000 besök, vanligare bland kvinnor än bland män, följt av psykiska sjukdomar och syndrom (18 500 besök). Övriga noterbara könsskillnader, det är vanligare med öppenvårdsbesök hos kvinnor för sjukdomar i urin och könsorganen, medan män oftare besöker öppenvården för sjukdomar i cirkulationsorganen.

⁸⁷ Hälso- och sjukvården år 2035. SKL (2016); Vårdanalys 2014:12. VIP i vården Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.

⁸⁸ Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/Sidor/oppenvard.aspx>

Diagram 38. Antal besök i specialiserad öppenvård fördelad på de största diagnoserna, år 2016, Norrbotten, män och kvinnor.



Källa: Socialstyrelsens databas.

5.4 Vårdtillfällen inom specialiserad slutenvård – de största diagnosgrupperna

Diagnoserna i slutenvård kan grovt sett delas in i tre grupper, sjukdomar, skador och förgiftningar samt graviditet och förlossningar. Inom gruppen sjukdomar stod män i Norrbotten för 52 procent av samtliga vårdtillfällen år 2016, kvinnor för 48 procent. Symtomdiagnoser var något vanligare bland kvinnor (51 procent) jämfört med män. En åldersfördelning visar att det är äldre samt de allra yngsta som oftast vårdas.⁸⁹

Den vanligaste diagnosen vid vårdtillfälle i slutet specialiserad vård i Norrbotten år 2016, är cirkulationsorganens sjukdomar (ca 6000 vårdtillfällen/100 000 invånare). Diagnosen är vanligare hos män. Skador, förgiftningar är den näst vanligaste diagnosen (ca 3400 vårdtillfällen/100 000 invånare), följt av R-diagnos, vilket är en diagnosgrupp baserad på symptom och sjukdomstecken, onormala kliniska eller laboratoriefynd (ca 3400 vårdtillfällen/100 000 invånare). Därefter följer i storleksordning, diagnosgrupp

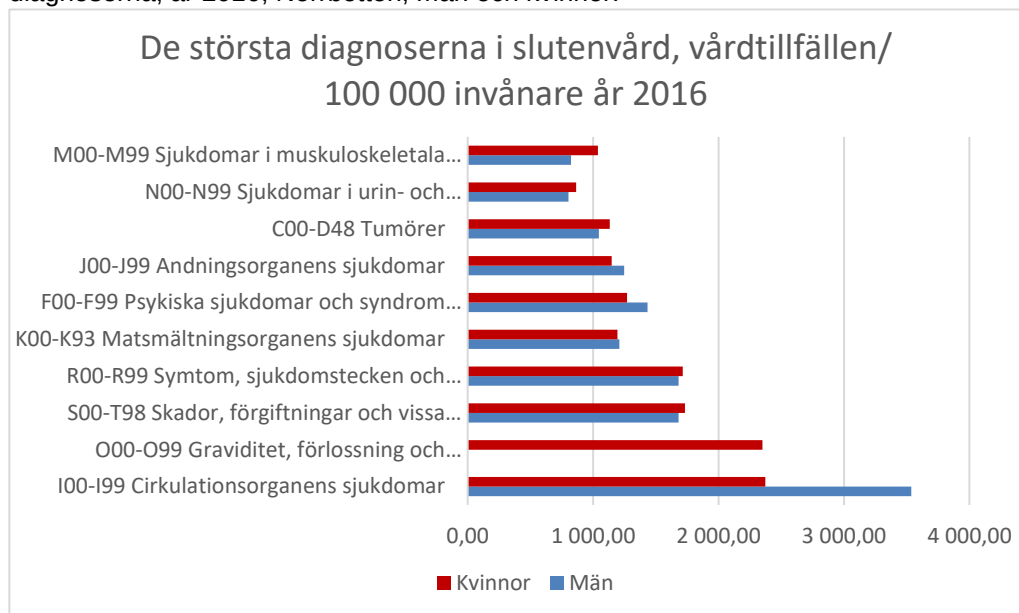
⁸⁹ Se även faktablad – Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård (resultat för riket). Socialstyrelsen (2017).

graviditets- förlossnings- och barnsängstid (ca 2300 vårdtillfällen/100 000 kvinnor).

En jämförelse med riket visar att vårdtillfällen för cirkulationsorganens sjukdomar är betydligt vanligare i Norrbotten (ca 6000 vårdtillfällen att jämföra med ca 4000 vårdtillfällen/100 000 invånare i riket), det gäller också psykiska sjukdomar och syndrom (ca 2700 vårdtillfällen att jämföra med 2200 vårdtillfällen/100 000 invånare i riket). Även vårdtillfällen med R-diagnos (symtomdiagnos) samt skador och förgiftningar är mer vanligt förekommande i Norrbotten. En jämförelse mellan kvinnor och män i Norrbotten, visar att kvinnor oftare har vårdtillfällen relaterade till sjukdomar i muskuloskeletala systemet, män framförallt för cirkulationsorganens sjukdomar.

Ca 16 000 vårdtillfällen/100 000 invånare sågs i Norrbotten år 2016, att jämföra med ca 14 000 i riket. Jämfört med år 2007, ses en minskning av slutenvårdstillfällen på åtta procent i riket och sex procent i länet.

Diagram 39. Vårdtillfällen specialiserad slutenvård fördelad på de största diagnoserna, år 2016, Norrbotten, män och kvinnor.



Källa: Socialstyrelsens databas.

5.5 Självskattad hälsa

Andelen med bra självskattad hälsa har ökat påtagligt i Norrbotten de senaste åren. Under åren 2013-2016 skattade 71 procent sin hälsa som bra eller mycket bra, vilket är en ökning med 6 procentenheter jämfört med år 2009-2012. Det är också ett resultat som är i paritet med rikets snitt (73 procent). Lägst skattad hälsa har invånare i Gotlands län, Värmlands län, Örebro län och Västernorrlands län (69 procent uppger att de har bra eller mycket bra hälsa). Högst skattad hälsa har invånare i Stockholms län, 76 procent. Män har överlag bättre självskattad hälsa än kvinnor.

Tabell 11. Självskattad hälsa bra eller mycket bra, från år 2009-2012 till 2013-2016. Riket och Norrbotten, män och kvinnor.

	Bra eller mycket bra hälsa									
	Andel									
	Kvinnor					Män				
	2013-2016	2012-2015	2011-2014	2010-2013	2009-2012	2013-2016	2012-2015	2011-2014	2010-2013	2009-2012
00 Riket	71	70	71	70	70	75	75	75	75	74
25 Norrbottens län	70	68	67	66	63	73	71	70	70	67

Källa: Folkhälsomyndigheten.

5.6 Självskattad tandhälsa

Andelen med bra skattad tandhälsa i Norrbotten (72 procent) är i paritet med rikets (74 procent). Norrbottens län är tillsammans med Västernorrlands län det län med lägst självskattad tandhälsa. Bästa skattad tandhälsa har invånare i Västerbottens län, Jönköpings län, Kronobergs län tillsammans med Blekinges län och Hallands län (77 procent). Män har en tendens till något lägre självskattad tandhälsa. Den självskattade tandhälsan har förbättrats mer i Norrbotten än i riket, sett över tidsperioden 2009-2012 till 2013-2016.

Tabell 12. Självskattad bra tandhälsa, från år 2009-2012 till 2013-2016. Riket och Norrbotten, män och kvinnor.

	Bra tandhälsa									
	Andel									
	Kvinnor					Män				
	2013-2016	2012-2015	2011-2014	2010-2013	2009-2012	2013-2016	2012-2015	2011-2014	2010-2013	2009-2012
00 Riket	77	76	76	76	76	72	70	70	70	70
25 Norrbottens län	77	75	74	75	74	69	67	66	67	66

Källa: Folkhälsomyndigheten.

5.7 Självskattad psykisk hälsa

Norrbotten tillhör de fem län som har lägst andel invånare som skattar sin psykiska hälsa som nedsatt, motsvarande 11 procent av medborgarna uppger

psykiskt nedsatt välbefinnande. Lägst andel har Gävleborgs län och Kalmar län (10 procent). Högst andel har Stockholms län (16 procent). Rikets genomsnitt motsvarar en andel i medborgarna på 14 procent, vilket är signifikant högre än i Norrbotten. Kvinnor rapporterar mer nedsatta psykiskt välbefinnande än män, män i Norrbotten har en tilltagande andel som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande från 2009-2012 till 2013-2016.

Tabell 13. Självskattad hälsa nedsatta psykiskt välbefinnande, från år 2009-2012 till 2013-2016. Riket och Norrbotten, män och kvinnor.

	Nedsatt psykiskt välbefinnande									
	Andel									
	Kvinnor					Män				
	2013-2016	2012-2015	2011-2014	2010-2013	2009-2012	2013-2016	2012-2015	2011-2014	2010-2013	2009-2012
00 Riket	16	16	15	15	15	11	10	10	10	10
25 Norrbottens län	13	12	12	12	13	10	10	10	7	7

Källa: Folkhälsomyndigheten.

5.8 Ersatta dagar från socialförsäkringen

Ohälsotalet, sjuktalet och sjukpenningtalet är alla mått på hur många dagar under en tolv månaders period som Försäkringskassan betalar ut ersättning vid nedsatt arbetsförmåga i förhållande till antalet försäkrade i åldrarna 16–64 år. Beräkningssättet och vilka ersättningar som ingår skiljer sig åt för de olika måtten:

- **Ohälsotalet:** Ersättningar som ingår är sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning. Måttet baseras på antalet utbetalda nettodagar. Norrbotten hade år 2016 det åttonde högsta ohälsotalet, i 31,2 dagar, att jämföra med rikets 27,8 dagar. Det är signifikant högre än riket. Kvinnor har ett ohälsotal på 38,2 dagar, män på 24,7. Högst ohälsotal ses i Haparanda (44,7 dagar), Älvsbyn (40 dagar), lägst ohälsotal har Kiruna med 21,1 ersatta dagar.
- **Sjuktalet:** Ersättningar som ingår är sjukpenning. Måttet baseras på antalet utbetalda bruttodagar. Norrbotten hade år 2016 landets tredje lägsta sjuktal, 10,5 ersatta dagar att jämföra med rikets 11,7. Kvinnor har ett sjuktal på 14,4 ersatta dagar, män 6,9 dagar. Högst sjuktal har Älvsbyn (16,1 dagar), lägst sjuktal har Kiruna med 9,1 dagar.
- **Sjukpenningtalet:** Ersättningar som ingår är sjukpenning och rehabiliteringspenning. Måttet baseras på antalet utbetalda nettodagar. Norrbotten

hade år 2016 ett sjukpenningtal i paritet med riket, 10,6 ersatta dagar att jämföra med rikets 10,8 ersatta dagar. Kvinnor hade ett sjukpenningtal på 14,4 dagar, män på 7,1 dagar. Högst sjukpenningtal hade Älvsbyn (14,1 dagar) lägst hade Kiruna med 8,1 dagar (december 2016).

Med nettodagar menas att dagar med partiell ersättning omräknas till hela dagar, t.ex. två dagar med halv ersättning blir en nettodag. Bruttodagar innebär att alla dagar räknas som en dag oavsett omfattning. Sjukersättning och aktivitetsersättning har funnits sedan 2003, innan dess motsvarades dessa ersättningar av förtidspension och sjukbidrag (<https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/ohalsomatt>).

Medborgarnas vårdkonsumtion och hälso- och sjukvårdens produktion

6 Medborgarnas vårdkonsumtion och hälso- och sjukvårdens produktion

Invånarnas kontakter med hälso- och sjukvården växlar över tid och mellan olika områden. Faktorer som individens hälsotillstånd, uppfattningar och förväntningar på sjukvården och individens ekonomi är av betydelse för om ett upplevt hälsoproblem resulterar i en kontakt eller ett vårdbesök. Ålder är en avgörande parameter för förväntad vårdkonsumtion, men även kön och födelseland är viktiga parametrar. Därtill kommer även utbud av vård, boendeort, närheten till vårdgivare, dvs. olika dimensioner av tillgänglighet som påverkar vårdkonsumtionen. Hur kommunala sektorer, exempelvis äldreomsorg, är utvecklade inverkar också på invånarnas hälso- och sjukvårdskonsumtion. Syftet med detta avsnitt är att kartlägga och analysera vårdproduktion och konsumtion, inom länet och i förhållande till riket.

6.1 Hälso- och sjukvården totalt

6.1.1 Kostnader för hälso- och sjukvård

Region Norrbottens nettokostnad för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård, var 27 481 kr/invånare, år 2016. Det är rikets näst högsta nettokostnad, efter Region Gotland (27 723 kr/invånare). Lägst nettokostnad har Region Västra Götalandsregionen (22 795 kr/invånare). Rikets genomsnitt är 24 358 kr/invånare.

När det gäller den justerade kostnaden för hälso- och sjukvården, som tar hänsyn till landstingens olika förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvård, ligger Region Norrbotten på fjärde högsta plats i riket med en kostnad om 25 559 kr/invånare år 2016. Högst strukturerad kostnad för hälso- och sjukvård har Stockholms läns landsting (26 264 kr/invånare), lägst har Västra Götalandsregionen med en kostnad om 23 129 kr/invånare. Rikets genomsnitt är 24 480 kr/invånare.

6.1.2 Läkemedelskostnader

Norrbotten har landets högsta läkemedelskostnader per invånare, 4 701 kr/invånare år 2016. De lägsta läkemedelskostnaderna har Blekinge län (3 478 kr/invånare). Rikets genomsnitt är 4 287 kr/invånare. Kostnaderna omfattar recept, receptfritt och rekvisitionsläkemedel⁹⁰.

6.1.3 Disponibla vårdplatser

År 2016 hade Region Norrbotten rikets fjärde högsta antal disponibla vårdplatser/ 1000 invånare (2,61). Högst antal har Region Kronoberg (2,86), lägst antal har Region Halland (1,89).

⁹⁰ Regionfakta Norrbotten.

Disponibla vårdplatser har minskat mycket över tid, år 1992 hade Norrbotten 7 platser/1000 invånare, riket dryga 6 platser/1000 invånare.

6.1.4 Läkarbesök

År 2016 hade Region Norrbotten färre antal läkarbesök/1000 invånare⁹¹ än i riket, 2358 läkarbesök/1000 invånare att jämföra med rikets 2706 läkarbesök/1000 invånare. Besöken avser produktion i respektive län, dvs. besök i länet, oavsett var personen är folkbokförd. I särklass flest läkarbesök har invånare i Stockholms läns landsting (3508 läkarbesök/1000 invånare), minst läkarbesök har Region Östergötland med 2096 läkarbesök/1000 invånare.

Antalet läkarbesök har minskat över tid (till förmån för besök hos andra vårdgivarkategorier).

6.1.5 Vårdtillfällen

Region Norrbotten hade år 2016 rikets tredje högsta antal vårdtillfällen, 16 975 vårdtillfällen/100 000 invånare att jämföra med rikets 14 885 vårdtillfällen/100 000 invånare. Besöken avser det totalt vårdutnyttjandet för regionens befolkning, dvs. oavsett var vården skett. Flest vårdtillfällen har Region Gotland (19 095 vårdtillfällen/100 000 invånare) att jämföra Region Uppsala som hade lägst antal vårdtillfällen (12 689 vårdtillfällen/100 000 invånare).

Antalet vårdtillfällen har minskat över tid (år 1998-2016).

6.1.6 Vårdtid i dagar

År 2016 hade Region Norrbotten och Region Gotland den i särklass högsta vårdtiden räknat i dagar, antal/100 000. Region Gotland har 100 303 dagar/100 000 invånare, Region Norrbotten har 99 352 dagar/100 000 invånare. Lägst vård i dagar har Region Östergötland (63 384 dagar/100 000 invånare). Rikets genomsnitt är 79 406 dagar/100 000 invånare.

Vårdtiden har minskat mycket över tid. År 1998 hade Norrbotten 148 985 dagar/100 000 invånare, betydligt över dåvarande rikssnitt (110 032/100 000 invånare). Resultaten i Region Norrbotten och riket har närmat sig varandra över tid.

6.1.7 Medelvårdtid

År 2016 har Norrbotten rikets näst högsta medelvårdtid, räknat som antal dagar. Högst medelvårdtid har Region Uppsala (6,04 dagar), följt av Norrbotten med 5,85 dagar. Lägst medelvårdtid har Landstinget i Kalmar län (4,42 dagar), att jämföra med rikets genomsnitt på 5,33 dagar.

⁹¹ Mottagningsbesök, hembesök samt hemsjukvårdsbesök inkluderas. Dagsjukvårdsbesök exkluderas. Besök är här det samma som termen Öppenvårdsbesök: vårdkontakt inom öppenvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, endast öppenvårdsbesök som har registrerats i patientens journal redovisas. Avser produktion (besök gjorda i länet, oavsett var patienten är folkbokförd). Databas: Koalda

Medelvårdtiden har minskat mycket över tid, år 1998 hade Norrbotten ett genomsnitt på drygt 7 dagar, riket på drygt 6 dagar.

6.2 Besök i öppenvården

Nedanstående diagram visar genomsnittligt antal besök (läkarbesök och besök hos övrig vårdgivare) i öppenvården (somatik, psykiatri, primärvård) år 2016. Besöken omfattar vårdkonsumtion, dvs. de genomsnittligt antal besök folkbokförda invånare genomfört under år 2016, fördelat på kommun i Norrbotten⁹². Utomlänsvård, eller vård på nationella taxan, ingår inte i beräkningen.

Under år 2016 hade invånarna i Övertorneå genomsnittligt flest besökt i öppenvården 6,28 gånger, medan invånarna i Luleå och Haparanda hade minst genomsnittligt antal besök i öppenvården 4,78 respektive 4,91 gånger. Besöken omfattar samtliga besök, både hos läkare och övriga vårdgivarkategorier.

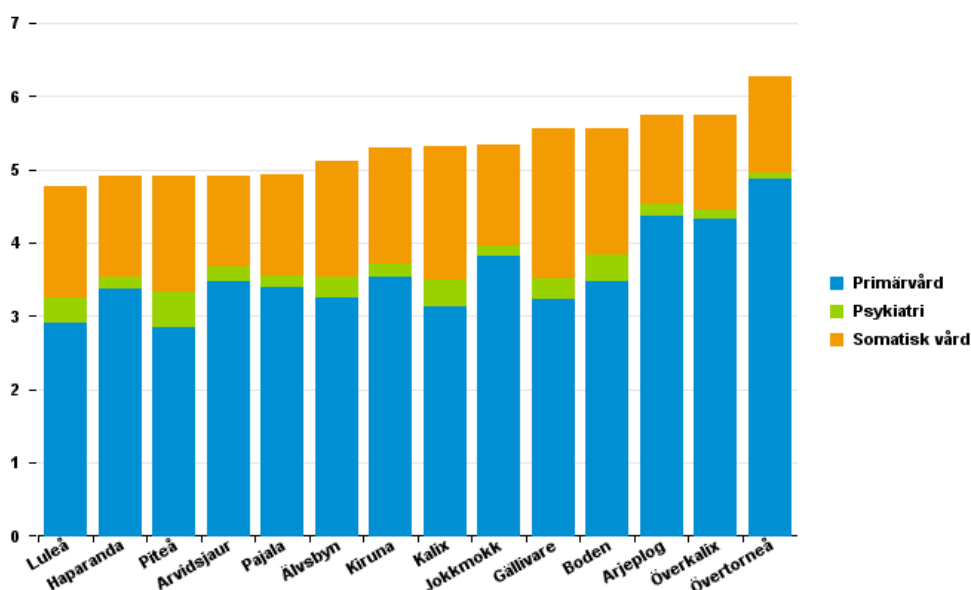
Invånare i Övertorneå har flest besök i primärvård, 4,86 besök/invånare och år, Piteå har minst besök, 2,84 i genomsnitt/invånare/år, följt av Luleå, 2,9 besök/invånare/år.

Piteåborna har besökt den psykiatriska öppenvården i genomsnitt 0,49 gånger per år, att jämföra med 0,34 besök bland Luleås invånare. Även Kalix (0,36) och Bodens invånare (0,35) har fler besök inom psykiatrisk öppenvård än övriga kommuner. Det kan jämföras med det lägsta antalet besök i psykiatrisk öppenvård, som ses bland invånarna i Övertorneå (0,09 besök/invånare/år).

Invånare i Gällivare och Kalix har det högst antal besök inom somatisk öppenvård 2,04 respektive 1,84 besök per invånare/år, följt av Boden (1,73 besök/invånare/år). Arjeplog och Arvidsjaur har lägst antal besök i somatisk öppenvård, i genomsnitt 1,22 respektive 1,23 besök/invånare/år. Glesbygdskommuner har överlag ett lägre antal besök inom psykiatrisk öppenvård per invånare och ett högre antal besök i primärvård, i större orter är förhållandet det omvända. Tendensen är densamma för somatik, dvs. fler besök i större orter, färre besök i mindre orter. De skillnader som finns förklaras främst av invånarnas ålder och vårdutbud på olika orter.

⁹² Uppgifterna kommer från Region Norrbottens datalager och omfattar invånare som är folkbokförda i länet (vårdkonsumtion). Besök i hälso- och sjukvården av icke folkbokförda, med s.k. LMA-kod, ingår inte i redovisningen. Inte heller utomlänsvård, eller vård på nationella taxan ingår i beräkningen.

Diagram 40. Totalt antal öppenvårdsbesök/invånare, år 2016.



6.2.1 Läkarbesök i öppenvård

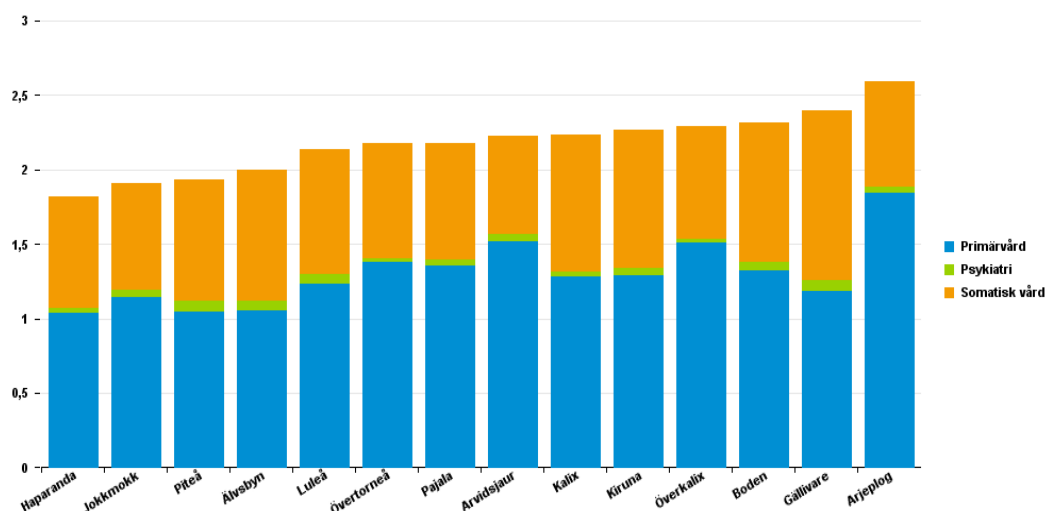
Läkarbesöken i öppenvård är fördelade enligt nedan i länet, år 2016. Under 2016 hade invånarna i Arjeplog i genomsnitt varit på läkarbesök 2,59 gånger/år, medan invånarna i Haparanda och Jokkmokk i genomsnitt varit på läkarbesök 1,82 respektive 1,91 gånger.

Invånarna i Arjeplog, Arvidsjaur och Övertorneå har i genomsnitt besökt läkare inom primärvården 1,85 gånger/år respektive 1,51 gånger/år. Lägst antal läkarbesök i primärvård ses i Haparanda (1,03), Piteå (1,05) och Älvsbyn (1,05).

Invånarna i Piteå, Luleå och Gällivare hade flest läkarbesök inom psykiatrisk öppenvård, 0,07 gånger/år. Det kan jämföras med t.ex. 0,02 läkarbesök inom psykiatrisk öppenvård i Övertorneå.

Invånare i Gällivare, Kiruna och Boden har de högsta antalet läkarbesök inom somatisk öppenvård, 1,14 respektive 0,93 besök/invånare och år. Glesbygdskommuner har överlag ett lägre antal besök inom psykiatrisk öppenvård per invånare och ett högre antal besök i primärvård, i större orter är förhållandet det omvända. Tendensen är densamma för somatik, dvs. fler besök av invånare i större orter, färre besök av invånare i mindre orter.

Diagram 41. Genomsnittligt antal läkarbesök/invånare, år 2016.



6.2.2 Besök övrig personal öppenvård

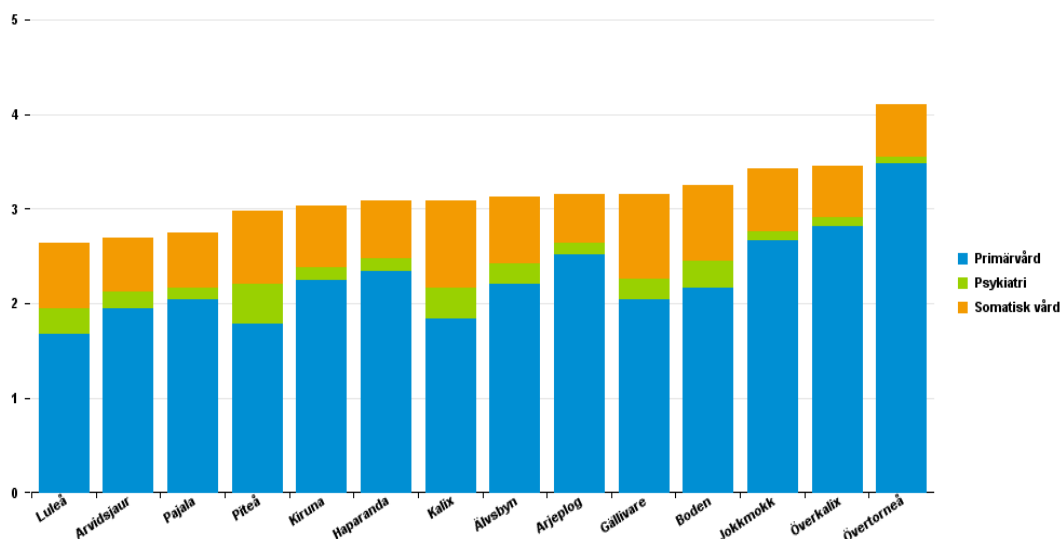
Besöken hos övriga vårdgivare (än läkare), är fördelade enligt nedan i länet, år 2016. Under år 2016 hade invånarna i Övertorneå varit på besök hos övrig vårdgivare i genomsnitt 4,1 gånger/invånare. Invånare i Övertorneå har besök övrig vårdgivare 3,45 respektive 3,42 gånger/invånare. Lägst antal besök hos övrig vårdgivare ses i Luleå, 2,64 gånger/invånare, följt av Arvidsjaur (2,69) och Piteå (2,98).

Inom primärvården är det vanligast med besök hos övrig vårdgivarkategori i Övertorneå 3,48 besök/invånare och år. Minst vanligt är det i Luleå (1,67), Piteå (1,79) och Kalix (1,84).

Inom psykiatrin är det vanligast med besök hos övrig vårdgivarkategori i Piteå (0,42 gånger/invånare/år), därefter Kalix (0,33) och Boden (0,29). Minst vanligt är det i Övertorneå (0,07) och Övertorneå (0,09).

Att besöka den somatiska öppenvården hos övrig vårdgivarkategori är vanligast bland invånare i Kalix (0,92 besök/invånare/år), följt av Gällivare (0,9 besök/invånare/år) och Boden (0,8 besök/invånare/år). Minst vanligt är det i Arjeplog (0,52 besök/invånare/år).

Diagram 42. Genomsnittligt antal besök hos övriga vårdgivarkategorier/invånare, år 2016.

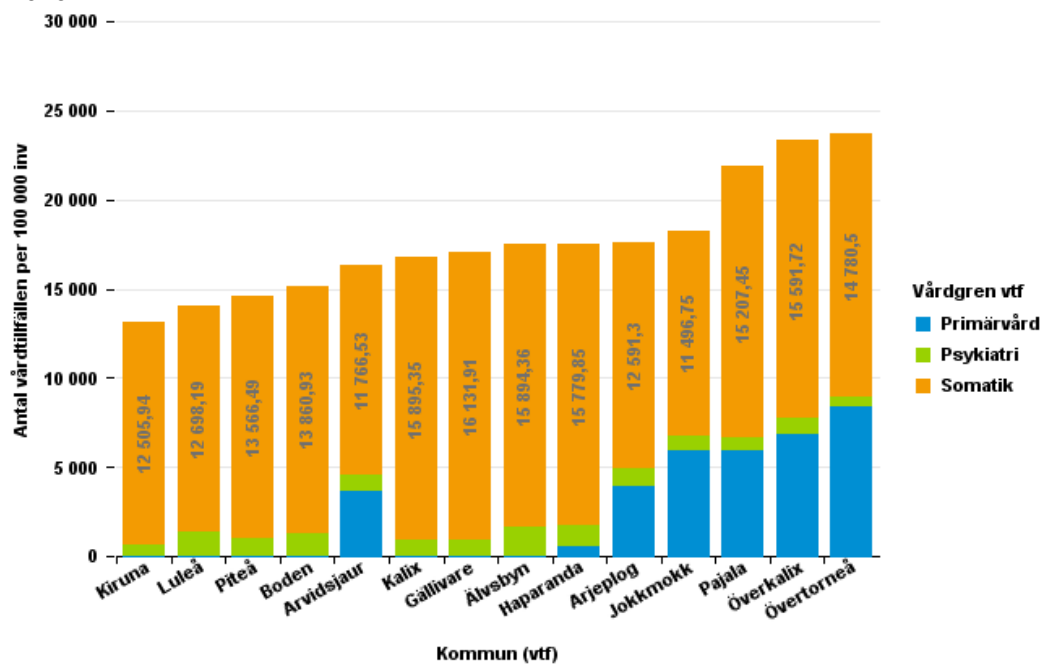


6.3 Vårdtillfällen i slutenvården

Invånare i små kommuner konsumerar mer slutenvård än invånare i stora kommuner. Invånarna i Övertorneå hade år 2016 23 692 vårdtillfällen per 100 000 invånare vilket är högst i länet, invånarna i Kiruna har 13 167 vårdtillfällen per 100 000 invånare vilket är lägst i länet. Detta förklaras främst av skillnader i ålder, hälsotillstånd och vårdutbud (observationsplatser i primärvård, finns bara på mindre orter). Ålder är den faktor som förklarar mest av skillnaderna i vårdkonsumtion.

Det konsumeras överlag mer sluten psykiatrivård i större kommuner med yngre befolkning, medan primärvårdstillfällena (obsplatser) främst omfattar små kommuner med en äldre befolkning. Inom slutenvård ses en fler vårdtillfällen/100 000 invånare i Gällivare, Kalix, Älvsbyn, Haparanda, Övertorneå medan Luleå, Kiruna, Jokkmokk, och Arjeplog och Arvidsjaur utmärks av en lägre nivå. Antal vårdtillfällen i somatisk vård påverkas av ålder, sjuklighet/hälsotillstånd men också av vårdutbud på olika orter, vårdprocesser och mönster, vårdens organisering, uppdragsfördelning för läns- respektive närsjukvård.

Diagram 43. Antal vårdtillfällen/100 000 fördelat på vårdgren/invånare, år 2016.



6.4 De största diagnosgrupperna inom specialiserad slutenvård

Nedan återges de största diagnosgrupperna bland norrbottningar inom den specialiserade slutenvården. Diagnoserna i slutenvård (vårdtillfällen) kan grovt sett delas in i tre grupper, sjukdomar, skador och förgiftningar samt graviditet och förlossningar. Inom gruppen sjukdomar stod män i Norrbotten för 52 procent av samtliga vårdtillfällen år 2016, kvinnor för 48 procent. Symtomdiagnoser var något vanligare bland kvinnor (51 procent) jämfört med män. En åldersfördelning visar att det är äldre samt de allra yngsta som oftast vårdas.⁹³

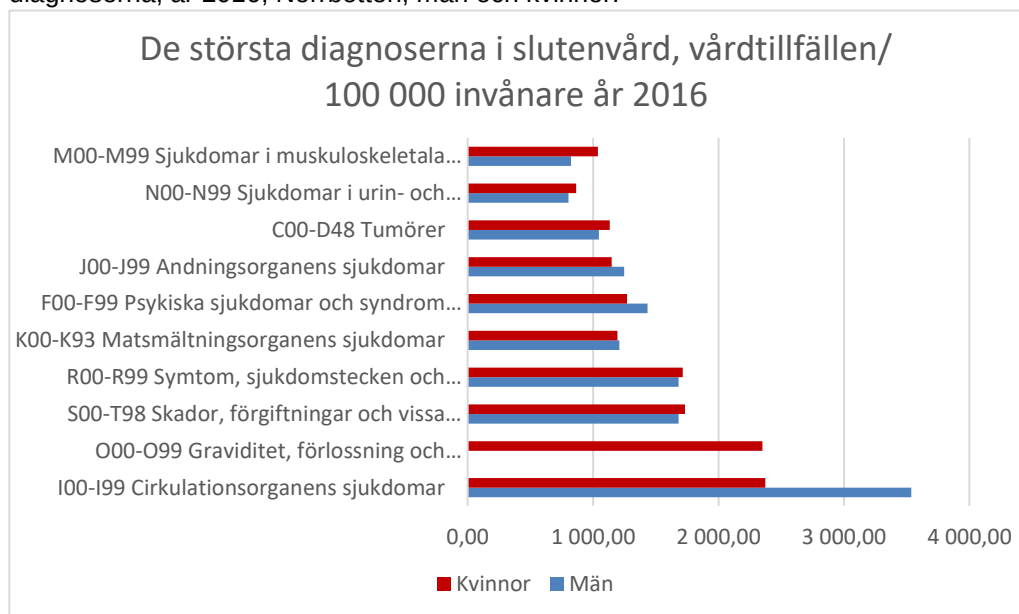
Den vanligaste diagnosen vid vårdtillfälle i slutet specialiserad vård i Norrbotten år 2016, är cirkulationsorganens sjukdomar (ca 6000 vårdtillfällen/100 000 invånare). Diagnosen är vanligare hos män. Skador, förgiftningar är den näst vanligaste diagnosen (ca 3400 vårdtillfällen/100 000 invånare), följt av R-diagnos, vilket är en diagnosgrupp baserad på symptom och sjukdomstecken, onormala kliniska eller laboratoriefynd (ca 3400 vårdtillfällen/100 000 invånare). Därefter följer i storleksordning, diagnosgrupp graviditets- förlossnings- och barnsängstid (ca 2300 vårdtillfällen/100 000 kvinnor).

⁹³ Se även faktablad – Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård (resultat för riket). Socialstyrelsen (2017).

En jämförelse med riket visar att vårdtillfällen för cirkulationsorganens sjukdomar är betydligt vanligare i Norrbotten (ca 6000 vårdtillfällen att jämföra med ca 4000 vårdtillfällen/100 000 invånare i riket), det gäller också psykiska sjukdomar och syndrom (ca 2700 vårdtillfällen att jämföra med 2200 vårdtillfällen/100 000 invånare i riket). Även vårdtillfällen med R-diagnos (symtomdiagnos) samt skador och förgiftningar är mer vanligt förekommande i Norrbotten. En jämförelse mellan kvinnor och män i Norrbotten, visar att kvinnor oftare har vårdtillfällen relaterade till sjukdomar i muskuloskeletala systemet, män framförallt för cirkulationsorganens sjukdomar.

Ca 16 000 vårdtillfällen/100 000 invånare sågs i Norrbotten år 2016, att jämföra med ca 14 000 i riket. Jämfört med år 2007, ses en minskning av slutenvårdstillfällen på åtta procent i riket och sex procent i länet.

Diagram 44. Vårdtillfällen specialiserad slutenvård fördelad på de största diagnoserna, år 2016, Norrbotten, män och kvinnor.



Källa: Socialstyrelsens databas.

De största diagnosgrupperna i specialiserad öppenvård i Norrbotten

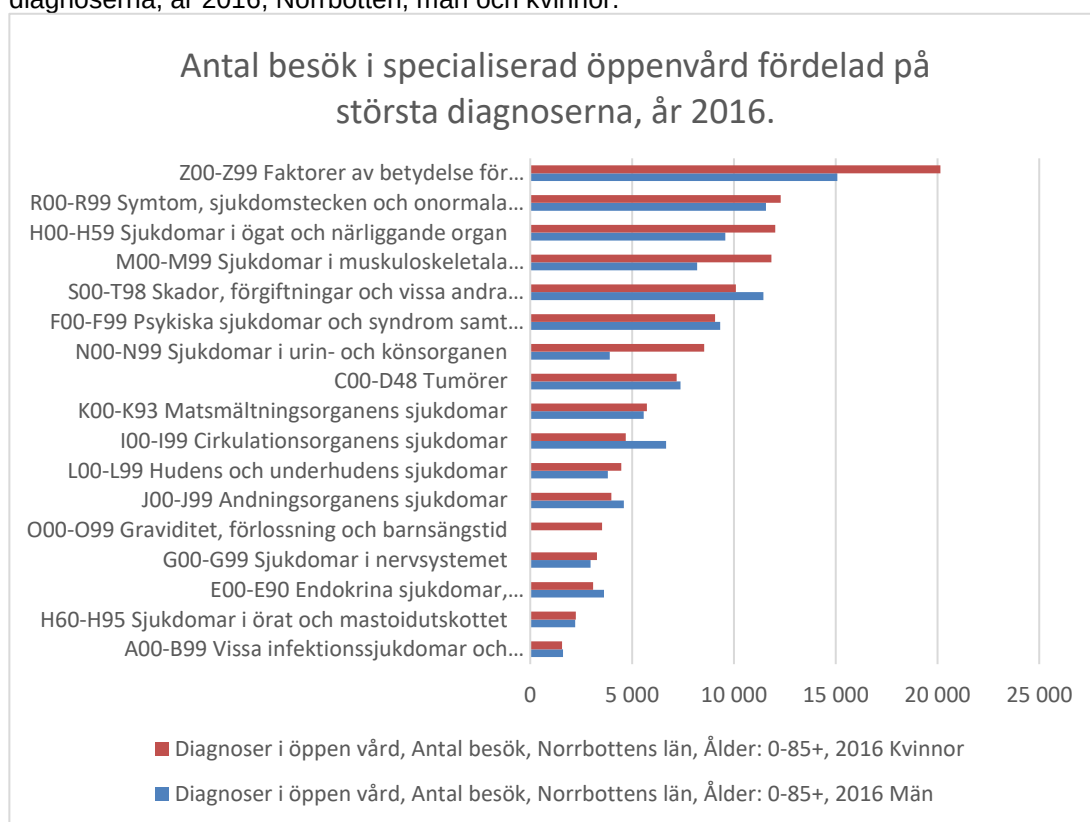
Fler besök i specialiserad öppenvård (dvs. somatik och psykiatri, ej primärvård) ses i riket än i Norrbotten. I riket görs totalt ca 133 000 besök/100 000 invånare, att jämföra med ca 103 000 i Norrbotten. 53 procent av besöken görs av kvinnor. I Norrbotten ses en ökning av besöken med 10 procent mellan år 2007 och år 2016, i riket ses en ökning med 30 procent.

Den vanligaste besöksorsaken i öppen specialiserad vård i Norrbotten fördelat efter diagnos, är en Z-diagnos, vilket är en diagnos som inte går att knyta till ett specifikt diagnosområde. Nästa vanligast är R-diagnos, vilket är en diagnosgrupp baserad på symptom och sjukdomstecken, onormala kliniska

eller laboratoriefynd. Tillsammans utgör de 25 procent av de 17 vanligaste besöksdiagnoserna, vanligare bland kvinnor än bland män.

Därefter följer i storleksordning sjukdomar i ögat (ca 22 000 öppenvårdsbesök), vanligare bland kvinnor, samt skador och förgiftningar (ca 21 500 besök), som är vanligare besöksorsak bland män. Muskuloskeletala sjukdomar har ca 20 000 besök, vanligare bland kvinnor än bland män, följt av psykiska sjukdomar och syndrom (18 500 besök). Övriga noterbara könsskillnader, det är vanligare med öppenvårdsbesök hos kvinnor för sjukdomar i urin och könsorganen, medan män oftare besöker öppenvården för sjukdomar i cirkulationsorganen.

Diagram 45. Antal besök i specialiserad öppenvård fördelad på de största diagnoserna, år 2016, Norrbotten, män och kvinnor.



Källa: Socialstyrelsens databas.

7 Kostnad per patient

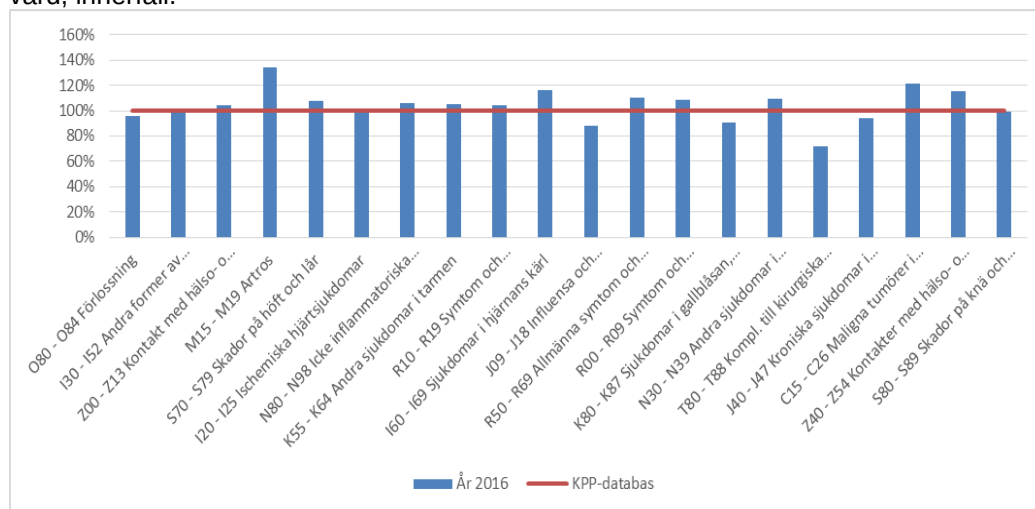
Kostnad per patient, KPP, är en metod för beräkning av sjukvårdskostnaden för varje enskild patient och vårdkontakt. Diagnosrelaterade grupper, DRG, innebär förenklat en viktning av olika åtgärder per sjukdomstillstånd för att kunna göra jämförelser mellan olika verksamheter. Tillsammans utgör KPP och DRG ett instrument för att beskriva verksamheten inom sjukvården. KPP och DRG visar också vad som produceras och till vilken kostnad, även resursförbrukningen för enskilda patienter, olika patientgrupper, diagnosgrupper kan visas med dessa instrument.

I analysen nedan är det gjort ett urval på de tjugo största diagnosgrupperna sett till antal producerade DRG-poäng, uppdelat på kvinnor och män. De utvalda grupperna är innerfall (vårdkontakter med genomsnittskostnad för gruppen) i somatisk öppenvård och slutenvård. Målet är att kostnaderna per DRG-poäng ska ligga i nivå med genomsnittet för läns- och länsdelssjukhus i riket.

Somatisk öppen- och slutenvård, kvinnor

Den största diagnosgruppen för kvinnor i Norrbotten är O80-O84 Förlossning. Casemix⁹⁴ för diagnosgruppen O80-O84 var år 2016 0,63 vilket är 4,5 procent lägre än snittet för läns- och länsdelssjukhus i riket. Norrbotten avviker från riket för diagnosgrupp M15-M19 Artros där regionen har fler vårdtunga patienter än riket. Det ses även fler vårdtunga patienter ibland annat diagnosgrupperna I60-I69 Sjukdomar i hjärnans kärl och C15-C26 Maligna tumörer i matsmältningsorganen, samt S70-S79 skador på höft och lår.

Diagram 46. Casemix, Norrbottens samtliga sjukhus jämfört med nationella KPP-databasen för läns- och länsdelssjukhus, kvinnor, öppen- och slutenvård, innerfall.



⁹⁴ Casemix översätts som patientsammansättning eller fallblandning. Genom att dividera antalet producerade DRG-poäng med antalet vårdkontakter får man ett mått på den genomsnittliga patientens DRG-vikt. Casemix används för att mäta vårdtyngd, högre resultat visar på ökad vårdtyngd.

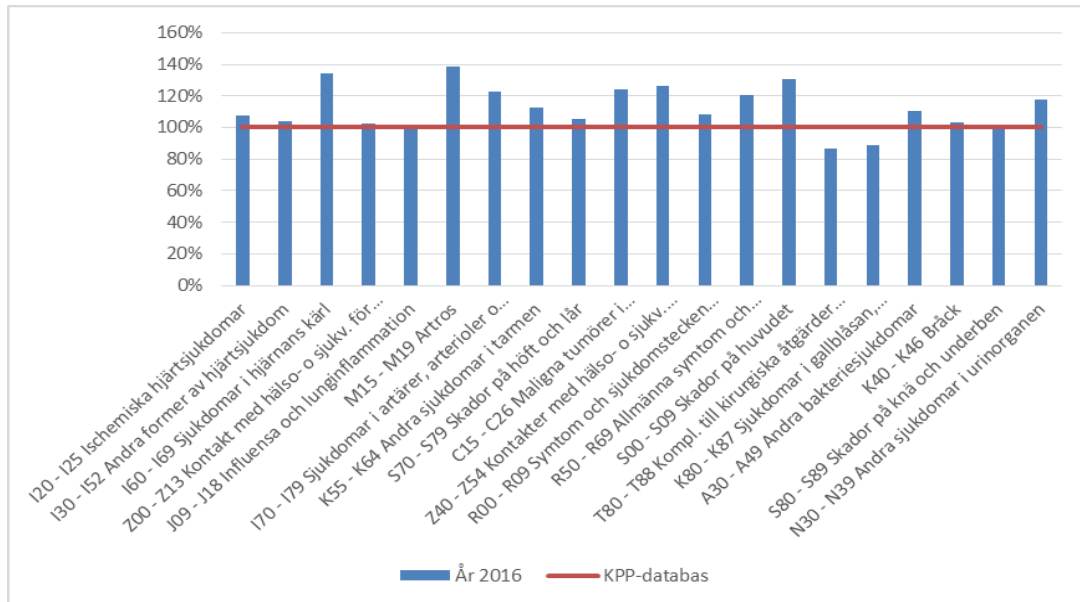
Casemixjämförelse	RN år 2016	KPP-databas (riket)	Skillnad
O80 - O84 Förlossning	0,96	1,0	-4,5%
I30 - I52 Andra former av hjärtsjukdom	0,98	1,0	-1,6%
Z00 - Z13 Kontakt med hälso- o sjukv. för undersökning o utredning	1,05	1,0	4,6%
M15 - M19 Artros	1,34	1,0	34,0%
S70 - S79 Skador på höft och lår	1,08	1,0	7,5%
I20 - I25 Ischemiska hjärtsjukdomar	0,99	1,0	-1,3%
N80 - N98 Icke inflammatoriska sjd i de kvinnliga könsorganen	1,06	1,0	5,9%
K55 - K64 Andra sjukdomar i tarmen	1,05	1,0	5,0%
R10 - R19 Symtom och sjukdomstecken från matsmältningsorganen och k...	1,04	1,0	4,3%
I60 - I69 Sjukdomar i hjärnans kärl	1,17	1,0	16,6%

Källa: KPP-databasen

Somatisk öppen- och slutenvård, män

För män i Norrbotten är Hjärtsjukdomar de största diagnosgrupperna sett till antal producerade DRG-poäng. Casemixen för diagnosgrupp I20-I25 Ischemiska hjärtsjukdomar ligger 7,6 procent över snittet för läns- och länsdelsjukhus i riket. Bland de tjugo största diagnosgrupperna utmärker sig framför allt M15-M19 Artros, I60-I69 Sjukdomar i hjärnans kärl, C15-C26 Maligna tumörer i matsmältningsorganen och S00-S09 Skador på huvudet. Män i Norrbotten är mer vårdtunga än kvinnor jämfört med snittet för riket.

Diagram 47. Casemix, Norrbottens samtliga sjukhus jämfört med nationella KPP-databasen för läns- och länsdelssjukhus, män, öppen- och slutenvård, innerfall.



Casemixjämförelse	RN år 2016	KPP-databas (riket)	Skillnad
I20 - I25 Ischemiska hjärtsjukdomar	1,08	1,0	7,6%
I30 - I52 Andra former av hjärtsjukdom	1,04	1,0	3,9%
I60 - I69 Sjukdomar i hjärnans kärl	1,34	1,0	34,2%
Z00 - Z13 Kontakt med hälso- o sjukv. för undersökning o utredning	1,03	1,0	2,8%
J09 - J18 Influensa och lunginflammation	1,02	1,0	1,8%
M15 - M19 Artros	1,39	1,0	38,9%
I70 - I79 Sjukdomar i artärer, arterioler o kapillärer	1,23	1,0	22,6%
K55 - K64 Andra sjukdomar i tarmen	1,13	1,0	13,0%
S70 - S79 Skador på höft och lår	1,05	1,0	5,4%
C15 - C26 Maligna tumörer i matsmältningsorganen	1,25	1,0	24,5%

Källa: KPP-databasen

Referenser

1177 Vårdguiden Norrbotten.

Arbetsförmedlingen (2017) *Arbetsmarknadsutsikterna våren 2017 Norrbottens län. Prognos för arbetsmarknaden 2017-2018*

Datalager Region Norrbotten

Folkhälsomyndigheten (2017) *Folkhälsan i Sverige 2016*

Folkhälsomyndigheten databas

Hälso- och sjukvårdsbarometern år 2017

Kolada, databas

Läkemedelsverket (2014) *rapport 5:2*

Länsstyrelsen i Norrbotten. (2017) *På tal om kvinnor och män*

Norrbottens läns landsting (Hälsobokslut 2013)

Region Norrbotten (2017) *En åldrande befolkning i Norrbotten – vad betyder det för hälso- och sjukvården framöver?*

Region Norrbotten (2017) *Identifiera och utveckla metoder för förbättrat stöd för utsatta grupper. Om pågående insatser och möjligheter till utveckling.*

Region Norrbotten (2017) *Sammanfattning av Elevhälsosamtal i Norrbotten 2016–2017*

Region Norrbotten (2017) *Årsuppföljning vårdval primärvård 2016*

Region Norrbotten (2017) *Strategisk plan 2018-2020*

Region Norrbotten (2012) *Regional utvecklingsstrategi*

Region Östergötland (2016) *Vägar och verklighet - Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025*

Region Östergötland (2016) *Åtta utmaningar och en besvärjelse – kamp om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025*

Regionfakta Norrbotten (2016) databas

SCB (2016) *Livslängden i Sverige 2011-2015. Livslängdstabeller för riket och länen. Demografiska rapporter 2016:4*

SCB databas

SCB, Sysselsättningsprognos 2013. Se också;
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Fler-utrikes-foddavantas-arbeta-2035/

SCB, tidskriften Velfärd 3: 2017. *Svårast på arbetsmarknaden är det för äldre lågutbildade kvinnor*

SKL (2015) *Kronisk sjukdom i primärvård*

SKL (2009) *Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. En metodstudie baserad på Öppna jämförelser*

SKL (2016) *Hälso- och sjukvården år 2035*

SKL (2017) *Ekonomirapporten*, oktober 2017, om kommunernas och landstingens ekonomi

SKL (2018) *Rekryteringsrapporten*, Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden

SKL (2018) *Demografiska utmaningen*, prognos för Norrbotten (Madeleine Holm: excelunderlag)

Socialstyrelsen (2015) *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 – Sjukdomsförebyggande metoder – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*

Socialstyrelsen (2017) faktablad – *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård*. Socialstyrelsen (2017)

Socialstyrelsens databas

Stockholms läns landsting (2006) *Behov av hälsa och sjukvård i Stockholms län ur ett befolkningsperspektiv*

Vårdanalys (2014:2) *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*

Vårdanalys (2015:8), *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*

Vårdanalys (2016:4) *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*

Vårdanalys (2018) Analysplan 2018

Vården i siffror, databas

Öppna jämförelser *Folkhälsa*, år 2014. Socialstyrelsen, Folkhälso-myndigheten och SKL

Länkar:

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/integration--analys/pong/statistiknyhet/integration--flyktingars-flyttmonster-i-sverige/>

https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/SCBs-Arbetskraftsundersokning-Ett-trad-med-manga-grenar/

https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Storst-okning-av-inkomsten-i-Norrlandskommuner/

Muntliga källor:

Roger Molin (SKL) kommentar samt utdrag från föredrag (Effektiveringsutmaningen), 2017

Timo Mulk-Pesonen (Arbetsförmedlingen) kommentar, 2018

norrbottn.se