Kroniker i Norrbotten

Innehåll

Kroniker i Norrbotten **1**

Hur har vi det med kroniker i Norrbotten? **5**

Behov i befolkningen 5

Hälsoläget och den jämlika hälsan 7

Metod 7

Diagnoser 9

Sammanfattning 11

KPP-kostnader 16

Kroniska diagnoser **19**

1. Förmaksflimmer **19**

Uppgifter från Patientregistret 19

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 21

Könsfördelning öppen- och slutenvård 21

Öppenvård jämfört Riket 21

Slutenvård jämfört med Riket 22

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 23

Geografisk spridning i länet 23

Öppenvård 23

Specialiserad slutenvård 24

2. Hjärtsvikt **26**

Uppgifter från Patientregistret 26

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 28

Könsfördelning öppen- och slutenvård 28

Öppenvård jämfört med Riket 28

Slutenvård jämfört med Riket 29

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 29

Geografisk spridning i länet 30

Öppenvård 30

Specialiserad slutenvård 31

3. Hjärtinfarkt **33**

Uppgifter från Patientregistret 33

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 35

Könsfördelning öppen- och slutenvård 35

Öppenvård jämfört med Riket 35

Slutenvård jämfört med Riket 36

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 36
Geografisk spridning i länet 37
Öppenvård 37
Specialiserad slutenvård 37

4. Diabetes 39
Uppgifter från Patientregistret 39
Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 41
Könsfördelning öppen- och slutenvård 41
Öppenvård jämfört Riket 42
Slutenvård jämfört Riket 42
Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 43
Geografisk spridning i länet 43
Öppenvård 43
Specialiserad slutenvård 44

5. Stroke 46
Uppgifter från Patientregistret 46
Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 48
Könsfördelning öppen- och slutenvård 48
Öppenvård jämfört Riket 48
Slutenvård jämfört Riket 49
Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 49
Geografisk spridning i länet 50
Öppenvård 50
Specialiserad slutenvård 51

6. KOL (Kroniskt obstruktiv lungsjukdom) 52
Uppgifter från Patientregistret 52
Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 54
Könsfördelning öppen- och slutenvård 54
Öppenvård jämfört Riket 54
Slutenvård jämfört med Riket 55
Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 55
Geografisk spridning i länet 56
Öppenvård 56
Specialiserad slutenvård 56

7. Lättare psykisk ohälsa 58
Uppgifter från Patientregistret 58

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 60
Könsfördelning öppen- och slutenvård 60
Öppenvård jämfört med Riket 61
Slutenvård jämfört med Riket 62
Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 62
Geografisk spridning i länet 63
Öppenvård 63
Specialiserad slutenvård 64

8. Tyngre psykisk ohälsa 66
Uppgifter från Patientregistret 66
Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket 68
Könsfördelning öppen- och slutenvård 68
Öppenvård jämfört Riket 69
Slutenvård jämfört med Riket 69
Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård 70
Geografisk spridning i länet 71
Öppenvård 71
Specialiserad slutenvård 71

9. Vårdtunga och multisjuka 73

Bilaga 74

Primärvårdsuppföljning via Uppföljningsportalen 74
Förekomst av kronisk sjukdom i primärvården 74
Kontaktmönster 75
Källförteckning 76

Hur har vi det med kroniker i Norrbotten?

Denna rapport beskriver förekomst av några vanliga kroniska sjukdomar hos befolkningen i Norrbottens län. Genom att kartlägga de aktuella hälsomässiga behoven i länet, i förhållande till Riket, och inom länets olika delar är det möjligt att identifiera områden där det finns utrymme för hälso- och sjukvården att bidra till en mer jämlik hälsa för kronikergrupper. Rapporten kan även stimulera till diskussion om könsskillnader och jämställd hälsa.

Syftet med rapporten är att lägga fram ett faktaunderlag som beskriver förekomst av kronisk sjukdom. De frågor som besvaras är:

- Hur många norrbottningar behandlas för kroniska sjukdomar? Hur stort antal/1000 invånare i olika kommuner? Finns skillnader mellan närsjukvårdsområden? I förhållande till Riket?
- Hur ser ålders- och könsfördelningen ut?
- Var hittar vi de två procent sjukaste delarna av befolkningen, som förväntas kräva mest resurser[1]?

Behov i befolkningen

Behov beskrivs vanligen som ett gap mellan aktuellt och ett önskat tillstånd i hälsa, vilket kan variera mellan geografiska orter, åldrar, kön. Här är det betydelsefullt att ta hänsyn till att befolkningens hälsoläge påverkas av mycket mer än av hälso- och sjukvårdsinsatser. Sysselsättning, arbetsförhållanden, utbildning, socioekonomi, är exempel på faktorer som påverkar hälsan. Behovet av hälso- och sjukvård i en region bestäms i hög grad av befolkningens demografiska struktur, sammansättning och förutsättningar. Hälsa bestäms till stor del av invånarnas skilda livsvillkor liksom dess genetiska bagage[2]. På en övergripande nivå handlar utmaningar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård framförallt om att andelen arbetsföra i länet blir färre samt att vi blir allt äldre. 2018 är 24 procent av norrbottningarna 65 år och äldre, att jämföra med 19,9 procent i Riket. Dessutom skiljer sig utvecklingen stort mellan olika länsdelar i länet[3].

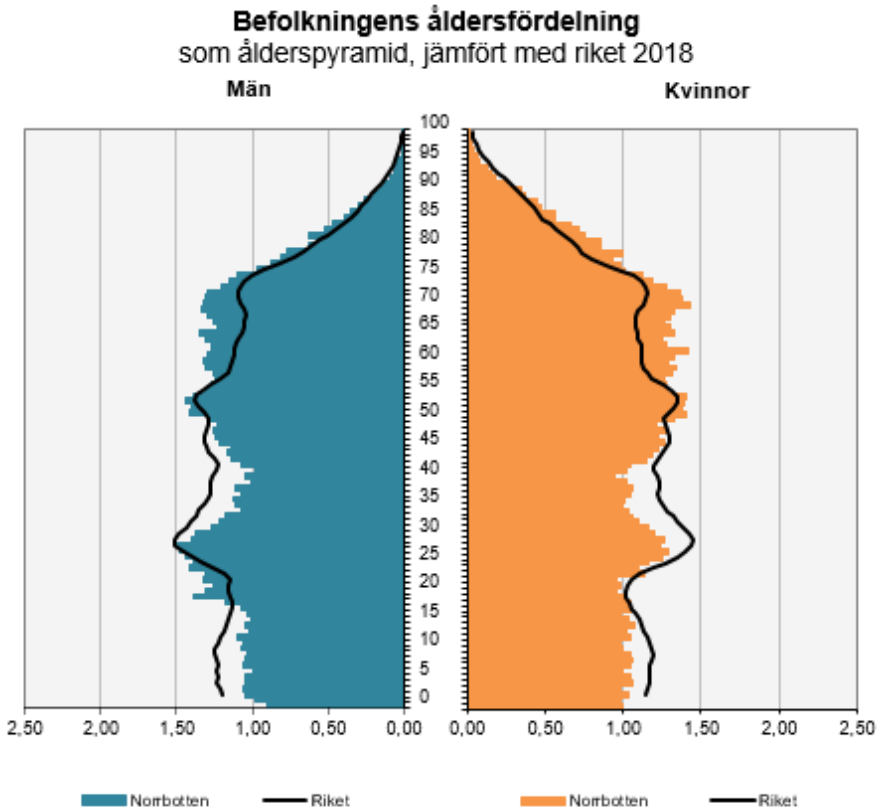
---

[1] Så kallade Resource Utilization Band, RUB 5.

[2] http://analys.vgregion.se/2018/befolkning-i-vastra-gotaland-ny/befolkning2/

[3] Högsta andelen äldre har Pajala (34,2 procent), Övertorneå (33,5 procent) och Överkalix (33,6 procent)[3]. Luleå har 20,5 procent 65 år och äldre, Kiruna 21 procent. http://www.regionfakta.com/norrbottens-lan/befolkning-och-hushall/befolkning/andel-65-ar-och-aldre-av-befolkningen/

Norrbottens åldersfördelning jämfört med Riket.



Källa: SCB

Ökningen av andelen äldre betyder att befolkningens behov av hälso- och sjukvård kommer att öka, samtidigt som våra resurser inte kommer kunna tillgodose behoven med dagens arbetssätt. Färre ska ta hand om fler, med mindre skatteintäkter och med nya förväntningar hos medborgarna. Sjukdomar som tidigare inte kunde behandlas blir till kroniska sjukdomar som ska behandlas under en lång tid, vilket innebär att både antalet och andelen personer med kroniska sjukdomar ökar. Det ställer krav på förändrade arbets- och förhållningssätt där sjukvården behöver ställa om till att behandla och stödja fler personer med mer långvariga tillstånd. Det för även med sig en förändrad kostnadsbild, med både ökade kostnader per behandling och kostnader under en längre tid[4]. Hur vi hanterar kroniker är en nyckelfråga för framtiden. Nya arbetssätt, mer patientcentrerad vård, digitalisering, prevention, parallellt med standardisering av vårdförlopp är exempel på effektiviserande förändringar som är nödvändiga för att möta befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Samarbete med kommuner och övriga aktörer i länet, är ett annat viktigt område som rör hantering av resurser och personaltillgång i länets olika delar.

[4] Vårdanalys analysplan 2019.

Hälsoläget och den jämlika hälsan

Det genomsnittliga hälsoläget i Sverige blir allt bättre. Det är en positiv utveckling som visar att satsningar som genomförts inom välfärdssektorn i Sverige och dess kommuner och regioner på många sätt har varit lyckade. Den svenska sjukvården håller också en hög kvalitet. Men hälsan är inte jämlikt fördelad. Varken geografiskt, eller mellan olika grupper i samhället. Att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv uttrycks i svensk grundlag, i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, liksom i WHO:s stadgar. Det finns därmed även som ett överordnat styrande mål hos Region Norrbotten att tillgodose en jämlik hälsa.

Befolkningens hälsoläge kan mätas på många olika sätt på en övergripande nivå för att illustrera skillnader mellan olika länsdelar och grupper i befolkningen. Medellivslängd, självskattad hälsa och ohälsotal är några mått som brukar användas för att beskriva hälsoläget. Norrbotten har landets lägsta medellivslängd, och det är framförallt män som utmärker sig negativt. Norrbotten har ett något högre ohälsotal än genomsnittet i Riket. Befolkningen har en lägre självskattad hälsa jämfört med Riket och det råder stora skillnader i Norrbottens olika geografiska delar beträffande självskattad hälsa. I inlandet och länets östra delar är det självskattade hälsoläget sämre. Både kortare medellivslängd, sämre självskattad hälsa samvarierar på övergripande nivå med en kortare utbildning och lägre inkomst.

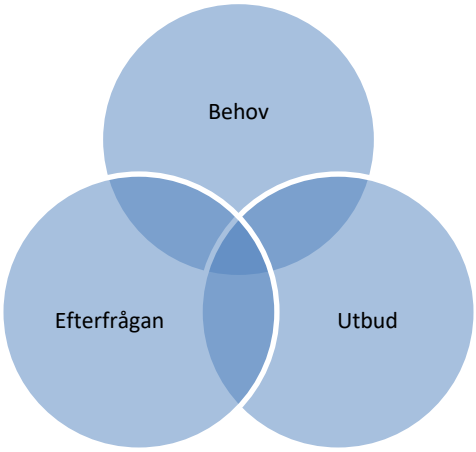
Flera av de resultatmönstren beträffande jämlik hälsa som ses i denna rapport går att känna igen från tidigare undersökningar. Det gäller t.ex. förekomst av hjärtinfarkt i länet där vi utmärker oss negativt i förhållande till Riket, och där östra Norrbotten utmärker sig särskilt negativt, i synnerhet bland män. En del undersökningar har pekat ut genetiska faktorer som en bidragande orsak att fler hjärtinfarkter ses i östra delarna i Norrbotten. Oaktat att det kan finnas en genetisk komponent som kan förklara en del av de skillnader vi ser, behövs ett stärkt fokus på den jämlika hälsan i länet. Bland annat måste arbetet med folkhälsa, det hälsofrämjande och preventiva arbetet förstärkas i särskilt utsatta områden, också tidigare i livet hos befolkningen.

Metod

Rapporten visar hur förekomsten av kroniska diagnoser ser ut i befolkningen, geografiskt fördelat i länet. Jämförelser görs med riket, inom länet och över tid. Underlaget syftar främst till att generera kunskap om befolkningens hälsoläge inom olika geografiska områden. Faktaunderlaget ligger till grund för ett förbättringsarbete och åtgärdsförslag.

Informationen som ligger till grund för analysen kommer från Socialstyrelsens patientregister tillsammans med Region Norrbottens datalager. I anknytning till uppdraget har en åldersstandardiserad datalagersrapport tagits fram för de olika diagnoser som kartläggs[5].

Resultaten i rapporten ska tolkas i sfären av behov, utbud och efterfrågan. Vilka behov av hälso- och sjukvård finns i befolkningen, vilka efterfrågemönstren ses hos befolkningen och vilket utbud möter befolkningen? Allt detta påverkar det som återrapporteras genom besök, eller vårdtillfällen, i hälso- och sjukvården i Region Norrbotten.



[5] De åldersstandardiserade rapporterna från Region Norrbottens datalager, i form av BO-rapporter, kan uppdateras årligen eller med annan periodicitet.

Diagnoser

I rapporten studeras följande diagnoser:

Förmaksflimmer
Patientregistret I48
Datalagret: I480; I481; I482; I483; I484; I489; I489A; I489B; I489C; I489D; I489E; I489F; I489X; I48-

Hjärtsvikt
Patientregistret I50
Datalagret: I110; I130; I132; I150; I50.9; I501; I509; I500; I50-; I50; I509A; I509X

Akut hjärtinfarkt
Patientregistret I21
Datalagret: I210; I211; I212; I213; I214; I214A; I214B; I214W; I214X; I219; I21-P

Diabetes
Patientregistret E10-14
Datalagret: E10-14

Stroke
Patientregistret I63[6]
Datalagret: I60-; I600; I601; I602; I603; I604; I605; I606; I607; I608; I609; I610; I610X; I611; I612; I613; I614; I614X; I615; I616; I618; I619; I619X; I61-P; I620; I621; I629; I63-; I63.4; I630; I631; I632; I633; I634; I634X; I635; I635X; I636; I638; I638X; I639; I639X; I64; I64-; I64-*2; I649

KOL
Patientregistret J44
Datalagret: J440; J441; J448; J449; J449P; J449X

Lättare psykisk ohälsa
Patientregistret F30-39,
Datalagret: F30-39, F40-F43-P.

Tyngre psykisk ohälsa

---

[6] Då data från Patientregistret inte går att summera, används uteslutande I63. I Datalagret visas en vidare diagnosbild.

Patientregistret F20-F29
Datalagret: F20-F29

Uppgifter från Patientregistret: Omfattar huvuddiagnos. Uppgifter från Datalagret Region Norrbotten omfattar huvud- och bidiagnos.

Uppgifter från Region Norrbottens datalager omfattar:

Öppenvård, primär- och specialiserad vård, perioden 2012-2017.

Specialiserad slutenvård, vårdtillfällen perioden 2011-2017.
Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, diagnosgrupp och per geografiskt område. Både huvud- och bidiagnoser omfattas. Avlidna är inte exkluderade ur materialet.

Utgångpunkt för analysen är vilken kommun som patienten är folkbokförd i. Patientens hemkommun aggregeras emellanåt till aktuellt närsjukvårdsområde. En patient kan vara folkbokförd i Kalix, och räknas till Kalix närsjukvårdsområde, men t.ex. vårdas vid Sunderby sjukhus. Uppgifter om var patienten vårdas behandlar inte rapporten.

Sammanfattning

De mest vårdkrävande har blivit fler

Mellan 2011-2017 har antalet 65 år och äldre ökat med drygt 5500 personer i Norrbotten. Denna åldersgrupp är den mest vårdkrävande gruppen. Då nästan alla sjukdomar ökar med stigande ålder kommer behovet av hälso- och sjukvård också att öka framöver. Med anledning av det krävs förändrade arbetssätt.

De yngre har blivit fler och psykisk ohälsa bland yngre allt vanligare

Kronikergrupper med psykisk ohälsa har en åldersfördelning där yngre och medelålders är i majoritet. Antalet personer i gruppen 20-64 år och 0-19 år har minskat i Norrbotten mellan 2011-2017. Åldersgruppen 23-35 år har däremot ökat under 2011-2017, med cirka 6500 personer.

En fördjupad analys visar att fler yngre (20-34 år)/100 000 invånare har slutenvårdats för tyngre och lättare psykisk ohälsa i Norrbotten jämfört med riket (2017). För specialiserad öppenvård ses att andelen yngre med tyngre psykisk ohälsa och andelen yngre med lättare psykisk hälsa (förstämningssyndrom) är högre i Norrbotten jämfört med riket (2017).

Norrbotten har mer slutenvård för kroniker än i riket

Totalt sett (män och kvinnor sammantaget) för samtliga åtta kronikergrupper ses en högre förekomst av slutenvård i Region Norrbotten jämfört med rikets genomsnitt. Undantag ses för kvinnor med förmaksflimmer där det ses något färre patienter/100 000 invånare jämfört med Riket, liksom bland män med diabetes (2017).

Akut hjärtinfarkt och tyngre psykisk ohälsa – där har Norrbotten flest slutenvårdade i landet

Norrbotten har rikets högsta förekomst av patienter i slutenvård/100 000 invånare med diagnos akut hjärtinfarkt (bland både kvinnor och män) samt patienter med schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. Bägge dessa kronikergrupper, kroniker med hjärtinfarkt och tyngre psykisk ohälsa, är observandum för Region Norrbotten. För diagnosgruppen schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom har Norrbottens kvinnor näst högsta antal patienter/100 000 invånare, bland män det högsta i Riket.

Varför är det fler män respektive kvinnor i Norrbotten som slutenvårdats i vissa kroniska diagnoser - i jämförelse med riket?

Män i Norrbotten är överrepresenterade[7] i slutenvård av: förmaksflimmer, hjärtsvikt[8], schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (tyngre psykisk ohälsa). 2017 var det 58 procent män som vårdats i slutenvård med huvuddiagnos förmaksflimmer i Norrbotten, att jämföra med 53 procent män i Riket. Andelen män som slutenvårdats med huvuddiagnos hjärtsvikt är 58 procent i Norrbotten, 55 procent i Riket. Andelen män som slutenvårdats med huvuddiagnos schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom är 63 procent i Norrbotten, att jämföra med 57 procent i Riket. Kvinnor med diagnoserna förstämningssyndrom (lättare psykisk ohälsa) och diabetes är överrepresenterade i slutenvård i Norrbotten. Bland personer med förstämningssyndrom är andelen kvinnor som slutenvårdats 62 procent jämfört med 59 procent i Riket. Kvinnor med diabetes är överrepresenterade i slutenvård i Norrbotten jämfört med Riket. 46 procent av de som slutenvårdats med diabetes i Norrbotten är kvinnor, att jämföra med 40 procent i Riket. En del av skillnaderna kan bero på sjukligheten skiljer sig mellan Norrbotten och riket, mellan män och kvinnor. Skillnader i sätt att söka vård, var vård ges, kan också förekomma. Det kan också bero på att uppgifterna från Patientregistret inte är åldersstandardiserade, och till del återspeglar skillnader i ålder mellan Norrbotten och riket. Trots att de råder en osäkerhet om resultatets orsaker, kan en diskussion om varför Norrbotten avviker från det nationella mönstret beträffande könsfördelning i slutenvård vara viktig att ta vidare. En fördjupad analys skulle kunna innefatta att följa sjuklighetens utveckling (antal fall) i relation till utvecklingen av slutenvård för män och kvinnor över tid.

Ökad poliklinisering ses överlag

En ökad poliklinisering ses i Region Norrbotten. Slutenvård minskar i samtliga åtta diagnoser över tid, och en ökning av specialiserad öppenvård i fem av åtta diagnoser (2011-2017), hjärtsvikt, akut hjärtinfarkt, stroke, lättare psykisk ohälsa, tyngre psykisk ohälsa.

Öppenvårdade – exempel på både fler och färre kroniker än i riket

För kroniker med diagnos förmaksflimmer, KOL, tyngre psykisk ohälsa och diabetes ses färre öppenvårdade i den specialiserade vården/100 000 invå-

---

[7] Skillnader lika med eller större än 3 procent återges.

[8] För akut hjärtinfarkt är andelen män som slutenvårdats i paritet med andelen män Riket.

nare i Norrbotten än i Riket. För övriga diagnoserna: hjärtsvikt, akut hjärtinfarkt, stroke, lättare psykisk ohälsa (förstämningssyndrom) ses fler besök i den specialiserade öppenvården/100 000 invånare i Region Norrbotten jämfört med Riket (2017).

Vem har kontakt med patienten - primärvård eller specialiserad öppenvård?

För alla besök i öppenvård (2017) ses att primärvården har kontakt med den övervägande majoriteten patienter med diagnoser: förmaksflimmer, hjärtsvikt, diabetes, KOL, lättare psykisk ohälsa (förstämningssyndrom). För patienter med akut hjärtinfarkt, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom är det vanligast att vårdas i den specialiserade öppenvården. Strokepatienter vårdas i lika hög utsträckning i primärvård som specialiserad vård.

Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde utmärker sig geografiskt med fler behandlade kroniker

Det finns geografiska skillnader i antal behandlade kroniker/1000 invånare i länet. Befolkningen i Kalix närsjukvårdsområde har mer: förmaksflimmer, hjärtsvikt, akut hjärtinfarkt, diabetes, stroke, tyngre psykisk ohälsa än övrig befolkning i länet. De vårdas mer i både öppen- och slutenvård än övriga länsmedborgare. Även Gällivare närsjukvårdsområde utmärker sig inom ett flertal kroniska sjukdomar (som t.ex. stroke, akut hjärtinfarkt diabetes, hjärtsvikt, tyngre psykisk ohälsa) med en högre förekomst behandlade i befolkningen, öppenvård och slutenvård.

När det gäller lättare psykisk ohälsa (förstämningssyndrom), är det vanligast hos personer i befolkningen i Piteå närsjukvårdsområde, följt av Luleå-Boden närsjukvårdsområde. Största ökningen av öppenvårdsbesök för lättare psykisk ohälsa ses i Gällivare närsjukvårdsområde under 2012-2017. När det gäller tyngre psykisk ohälsa, är det vanligast förekommande bland befolkningen i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde. Minst vanligt är det i Luleå-Boden närsjukvårdsområde.

Fler vårdtunga/multisjuka i länet

Antalet vårdtunga/multisjuka (RUB 5) kan ses som en viktig indikator över var det kan finnas behov av insatser/vård ur ett befolkningsperspektiv. Indelningen bygger på ACG (Adjusted Clinical Groups) och diagnoser satta under de senaste 18 månaderna i både primär- och specialiserad vård. RUB (Resource Utilization Bands) graderar förväntad resursåtgång för varje patient. RUB-indelningen grupperar patienterna i 6 grupper där 0 står för ingen registrerad sjuklighet under perioden, medan RUB 5 visar den sjukaste delen

av befolkningen, motsvarande ca 2 procent. Majoriteten av personer kategoriserade i RUB 5 återfinns i Kalix närsjukvårdsområde, tillsammans med Pajala kommun. Antalet personer kategoriserade i RUB 5 har ökat över tid. 2013 låg antalet RUB 5 på drygt 8000 personer i Norrbotten, 2017 cirka 9 500. Cirka 51 procent av dem som är kategoriserade som RUB 5 är män. Ungefär 74 procent är 65 år och äldre, merparten över 75 år.

Slutenvården överlag dyrare för män

Om man ser på de totala KPP-kostnaderna fördelat på kr/vårdkontakt i slutenvård (2017), framgår att tyngre psykisk ohälsa för män (schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom) är dyrast. Slutenvårdskostnaderna för övriga diagnoser är överlag högre för män, undantaget KOL. För förmaksflimmer och hjärtinfarkt är kostnaderna för slutenvård nära desamma för män som för kvinnor.

Högst öppenvårdskostnader ses (i fallande ordning) för diagnoserna förmaksflimmer, KOL, lättare psykisk hälsa, tyngre psykisk ohälsa, hjärtsvikt, akut hjärtinfarkt, stroke och diabetes. För fyra av diagnoserna har män en högre öppenvårdskostnad (lättare psykisk ohälsa, förmaksflimmer, hjärtsvikt, stroke) för tre diagnoser har kvinnor en högre öppenvårdskostnad (akut hjärtinfarkt, tyngre psykisk ohälsa, diabetes). Kostnaden för öppenvårdad KOL är i stort sett densamma för män som för kvinnor.

Sammanfattande slutsatser

- Nya arbetssätt nödvändiga för att hantera en växande grupp äldre - och fler kroniker.
- Region Norrbotten har mer slutenvård för kroniker än i riket.
- En ökad poliklinisering ses i Region Norrbotten. Slutenvård minskar i samtliga diagnoser över tid, och en ökning av specialiserad öppenvård i fem av åtta diagnoser (2011-2017).
- Psykisk ohälsa (lättare och tyngre) bland yngre (20-34 år) är ett observandum i länet.
- Tyngre psykisk ohälsa tillsammans med akut hjärtinfarkt är ett observandum i länet. Mest slutenvård i landet.
- Den geografiskt jämlika hälsan är en utmaning för regionen – hur kan vi som region skapa förutsättningar/stöd som underlättar en önskvärd utveckling?

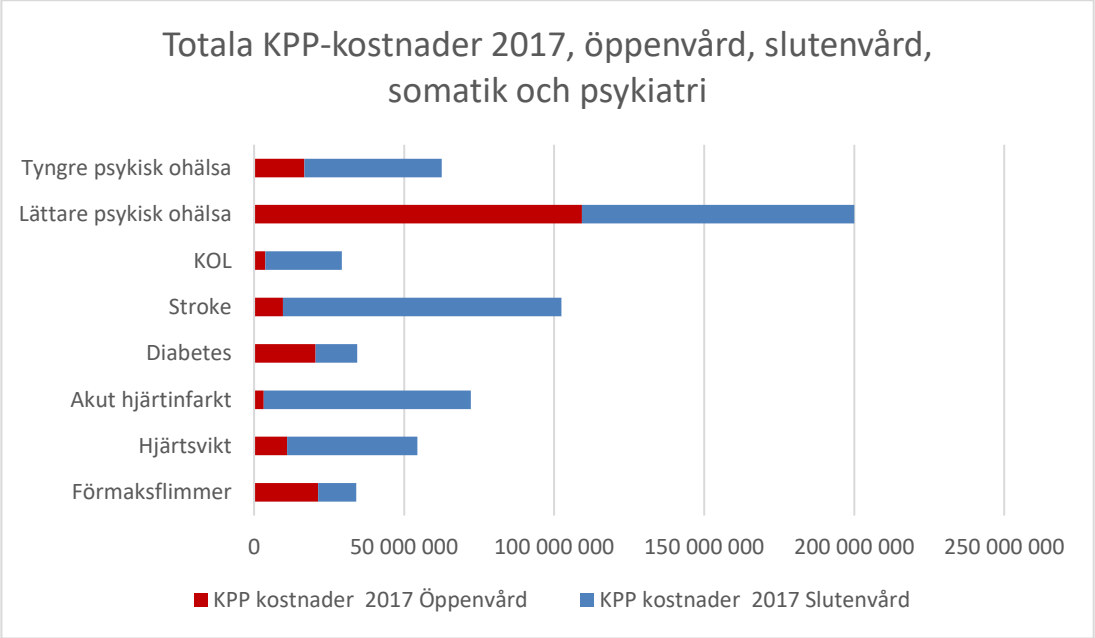
Rekommendationer:

För att ta rapportens resultat vidare inom Region Norrbotten förslås att följande frågeställningar lyfts till lämpliga mottagare internt inom regionen:

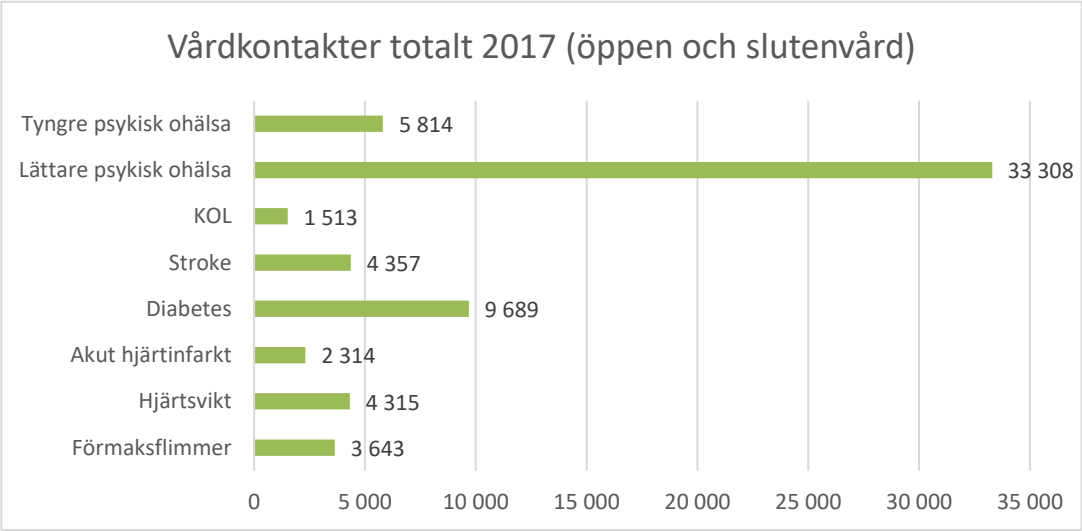
- Med fokus på målet med en geografiskt jämlik hälsa för kroniker - vad skulle vi i Region Norrbotten vilja göra mer av/mindre av?
- För verksamheter som har ett stöduppdrag utan att vara i direkt kontakt med patienter/medborgare, hur kan vi skapa förutsättningar/stöd som underlättar denna utveckling?

KPP-kostnader

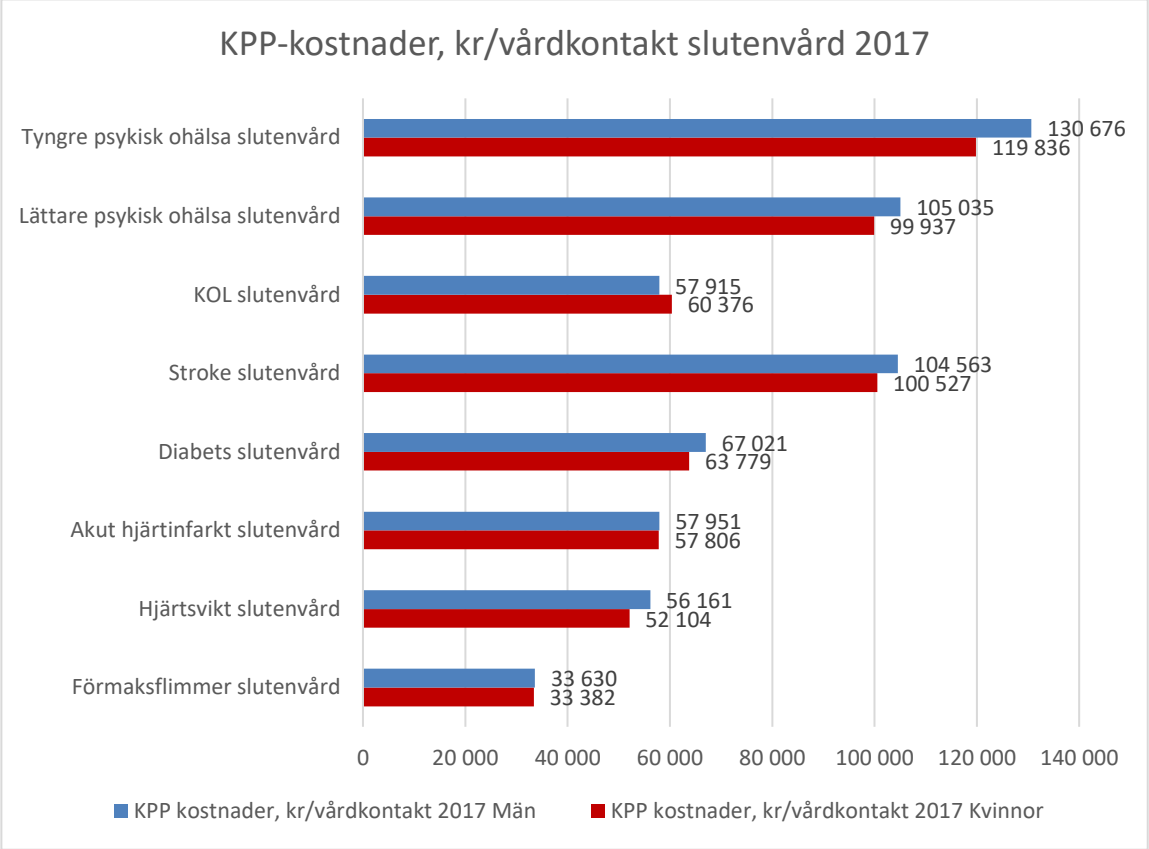
Nedan redovisas de totala KPP-kostnaderna (kostnad per patient, kr) för de studerade diagnoserna (2017). Det är huvuddiagnoser som omfattas. Kostnadsbilden är inte jämförbar, då vissa diagnoser t.ex. KOL omfattar några få treställiga diagnoskoder, medan t.ex. lättare psykisk ohälsa omfattar hela diagnoskapitel (Förstämningssyndrom enligt ICD10). Diagrammet generar ändå en övergripande bild av de kostnader som diagnoserna skapar. Av diagrammet framgår också fördelningen på öppenvård, slutenvård för de olika diagnoserna totalt sett. Här ses t.ex. att öppenvårdskostnaderna är relativt sett större för förmaksflimmer, diabetes och lättare psykisk ohälsa, och mindre för stroke, KOL och akut hjärtinfarkt.



Nedan anges hur vårdkontakterna är fördelade totalt (2017). De omfattar både öppen- och slutenvård sammantaget (och således inte unika patienter).



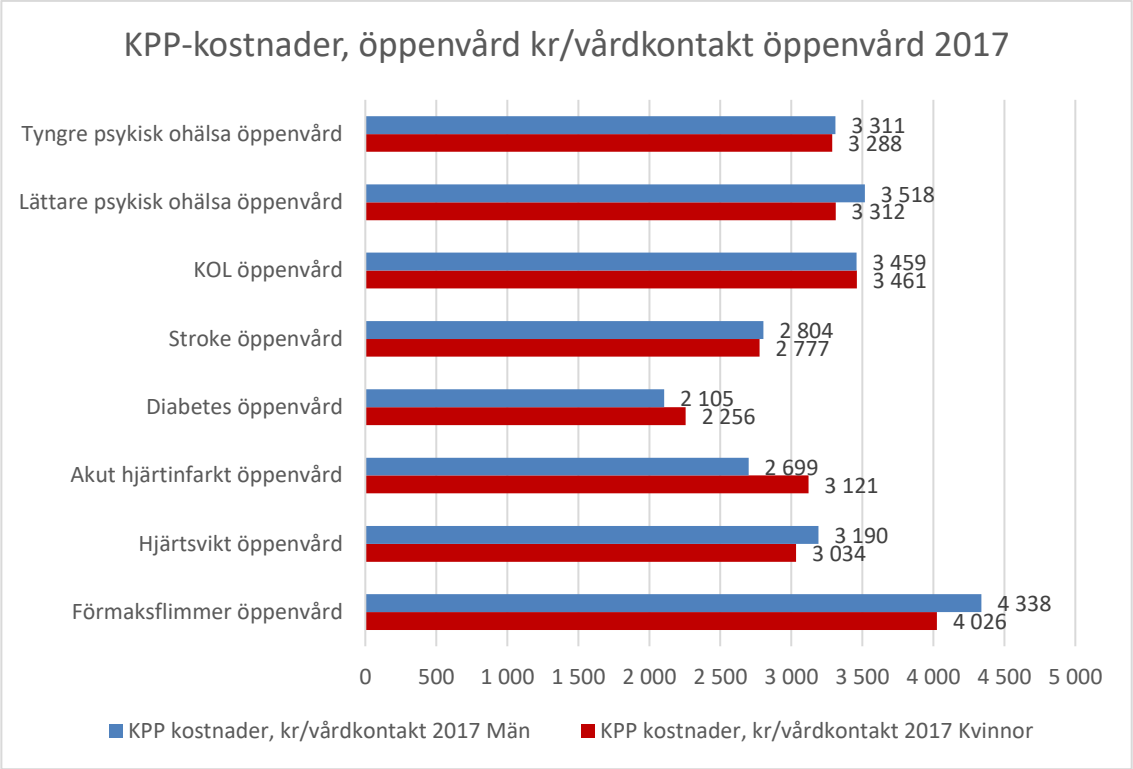
För att få en mer jämförbar bild av kostnadsläget, återges nedan de totala KPP-kostnaderna fördelat på kr/vårdkontakt för slutenvård (2017). Dyrast är tyngre psykisk ohälsa för män (schizotypa störningar och vanföreställnings-syndrom).[9] Slutenvårdskostnaderna för övriga diagnoser är överlag högre för män, undantaget KOL. För förmaksflimmer och hjärtinfarkt är kostnaderna för slutenvård nära desamma för män som för kvinnor.



Källa: Region Norrbottens datalager

Nedan återges de totala KPP-kostnader fördelat på kr/vårdkontakt för öppen-vård (2017). Högst öppenvårdskostnader ses (i fallande ordning) för diagno-serna förmaksflimmer, KOL, lättare psykisk hälsa, tyngre psykisk ohälsa, hjärtsvikt, akut hjärtinfarkt, stroke och diabetes. För fyra av diagnoserna har män en högre öppenvårdskostnad (lättare psykisk ohälsa, förmaksflimmer, hjärtsvikt, stroke) för tre diagnoser har kvinnor en högre öppenvårdskostnad (akut hjärtinfarkt, tyngre psykisk ohälsa, diabetes). Kostnaden för KOL är i stort sett densamma för män som för kvinnor.

[9] Kostnaderna per patient är undantagen kliniken rättspsyk., inom vilken Region Norrbotten är regionvård, och säljer vård.



Källa: Region Norrbottens datalager

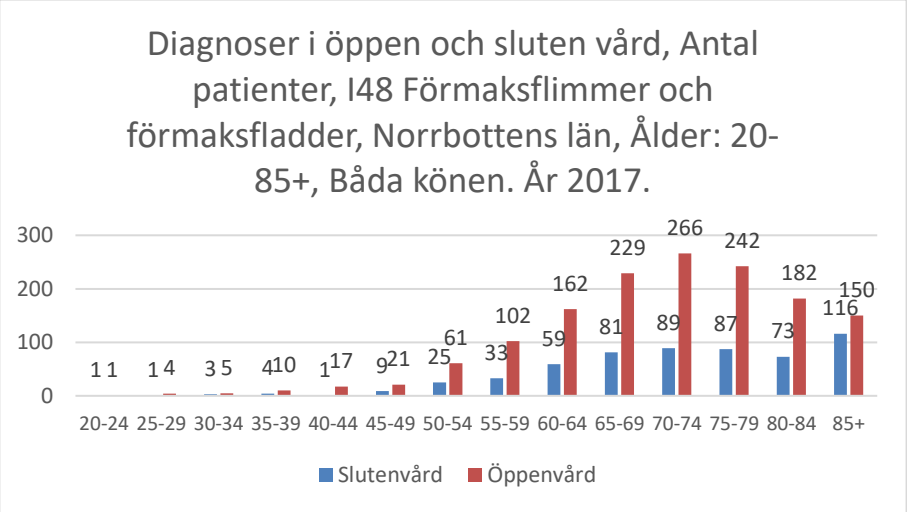
Kroniska diagnoser

1. Förmaksflimmer

Förmaksflimmer är en mycket vanlig sjukdom där risken att insjukna ökar påtagligt med stigande ålder. Minst 300 000 svenskar lider av förmaksflimmer. Cirka tre procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppskattas ha förmaksflimmer. Förmaksflimmer är ovanligt hos dem under 50, men mer än var femte 80-åring skattas vara drabbad. I varje åldersgrupp är förmaksflimmer vanligare hos män än hos kvinnor, men eftersom kvinnor lever längre är det i högre åldrar fler kvinnor än män som är drabbade[10]. En person kan ha förmaksflimmer utan några symtom, men ofta medför det besvär såsom hjärtklappning, trötthet och andfåddhet. Förmaksflimmer medför också en ökad risk för att drabbas av ischemisk stroke.[11] År 2010 uppskattades den årliga kostnaden i Sverige för förmaksflimmer till 6,6 miljarder[12].

Uppgifter från Patientregistret

2017 fick 582 vuxna (≥20 år) slutenvård i Norrbotten med huvuddiagnoskoden förmaksflimmer (I489) och 1452 personer öppenvårdades enligt det rikstäckande Patientregistret för sluten- och öppenvården (inte inkluderande primärvården). Diagrammet nedan visar antal unika patienter i olika åldersgrupper som sjukhusvårdats med förmaksflimmer som huvuddiagnos i specialiserad öppen- respektive slutenvård hos Norrbotten 2017. Majoriteten patienter vårdas inom den öppna vården.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

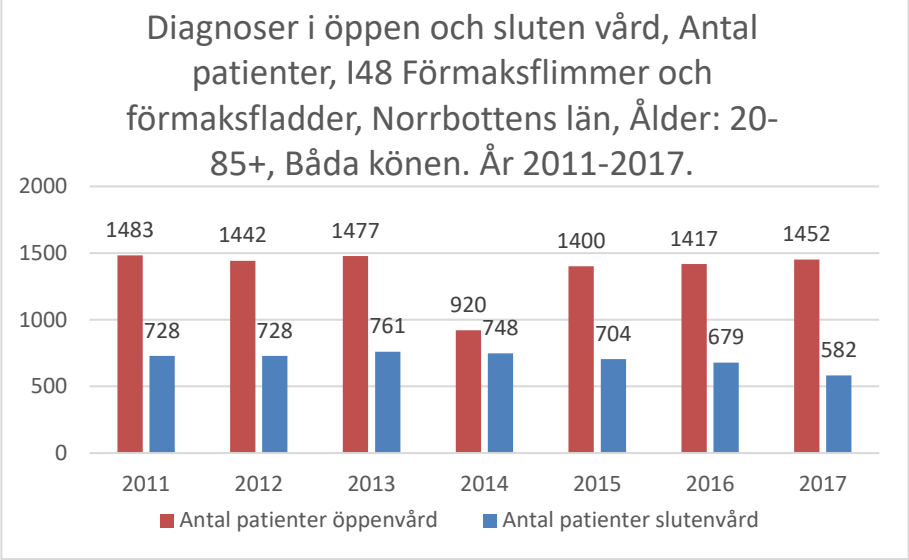
---

[10] Hjärtrytmrubbningar En skrift om flimmer, fladder och andra rubbningar (Hjärt-Lungfonden)

[11] Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018).

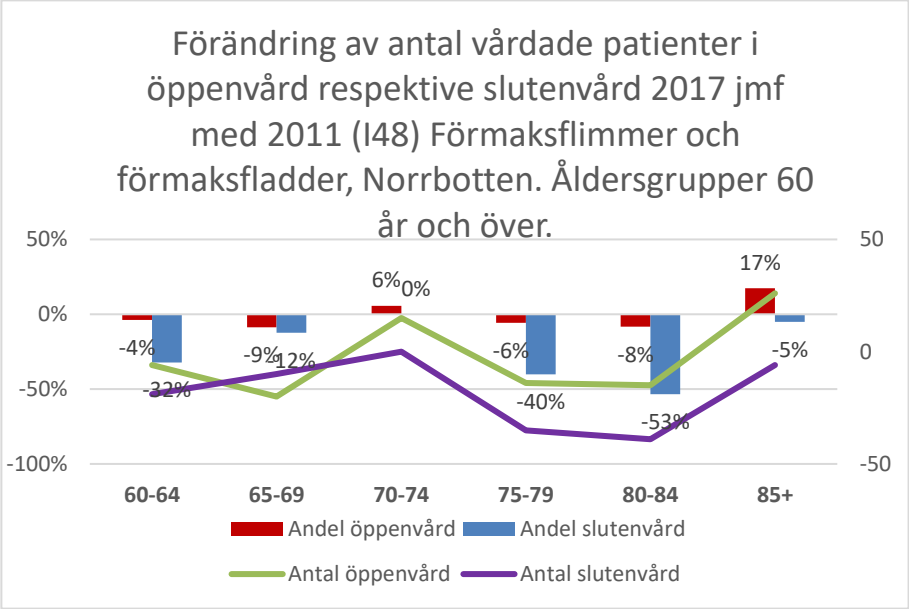
[12] Kronisk sjukdom i primärvården. Landstingens förutsättningar och diagnosspecifika exempel (SKL).

Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård med huvuddiagnos förmaksflimmer ligger relativt konstant i Norrbotten från 2011-2017 (-2 procent, eller -31 personer). Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för diagnosen har minskat med -25 procent (-146 personer) under samma period.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i specialiserad öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 60 år och äldre. Förändringen är överlag liten av antal/andel öppenvårdade patienter 2017 jämfört med 2011 (delvis undantaget åldersgruppen 85 år, där en viss ökning ses). Inom slutenvården ses en generell minskning av antal vårdade patienter i de flesta åldersgrupper.

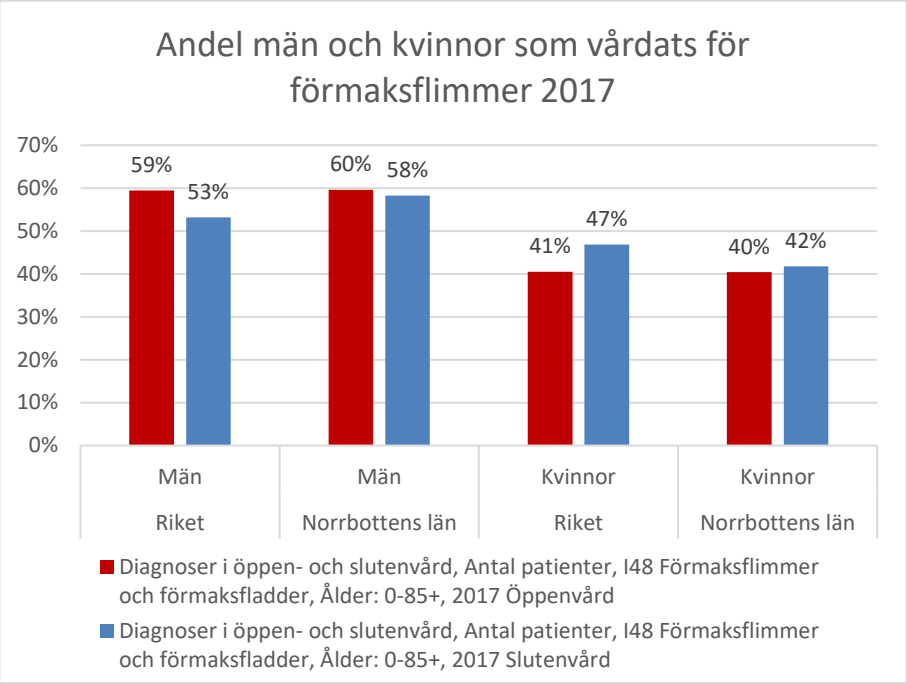


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

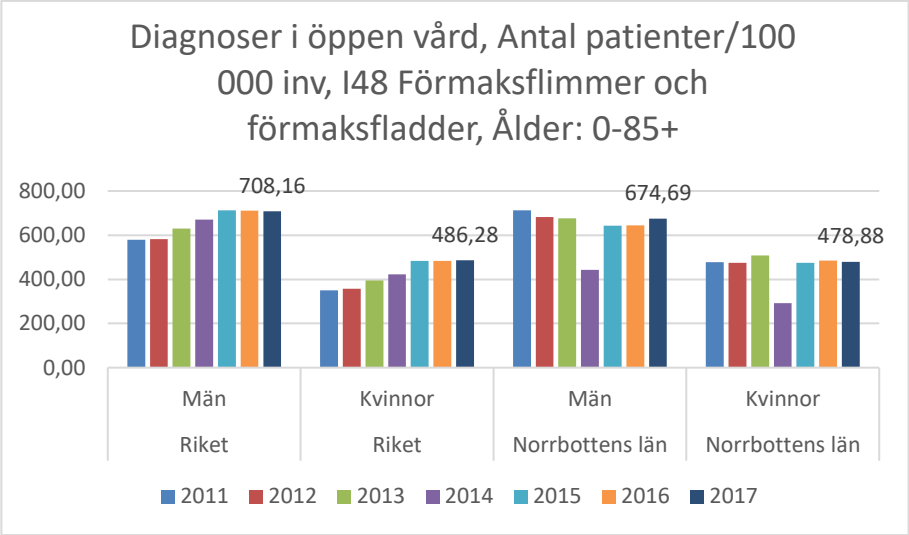
Andelen personer som diagnosticerats med förmaksflimmer varierar mellan män och kvinnor, och mellan Norrbotten och Riket. Av de som vårdats i slutenvården för diagnosen i Norrbotten 2017, var 58 procent män. I Riket var andelen män 53 procent. Inom öppenvården är andelen män och kvinnor som vårdats ungefär lika i Norrbotten respektive Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 365-957/100 000 invånare med förmaksflimmerdiagnos i specialiserad öppenvård (2017). I Norrbotten är antalet patienter lägre (579 patienter/100 000 invånare) än i Riket (597 patienter/100 000 invånare). Fördelningen av antal patienter/100 000 invånare bland män och kvinnor framgår av diagrammet nedan.

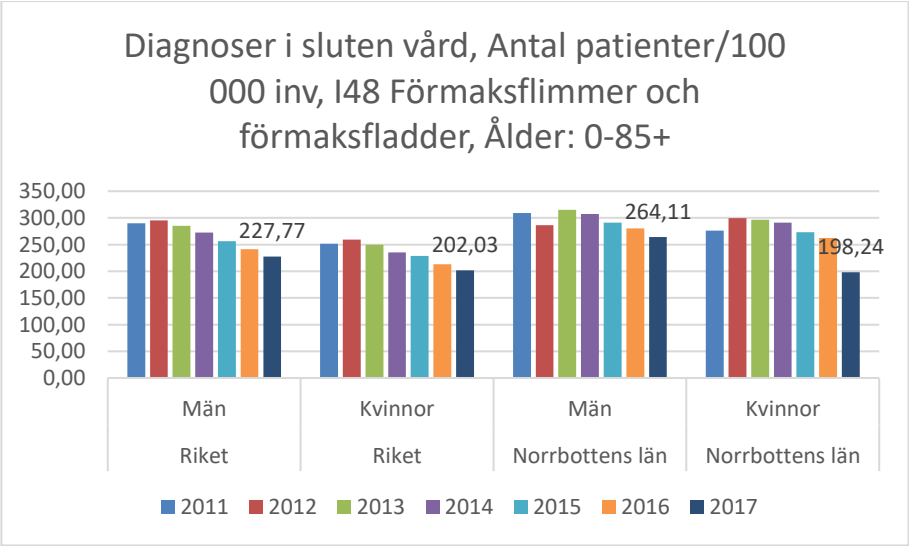


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört med Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 142-305/100 000 invånare med diagnos förmaksflimmer i slutenvård (2017). I Norrbotten vårdades fler patienter i slutenvård för förmaksflimmer (232 patienter/100 000 invånare) än i Riket (215 patienter/100 000 invånare).

Fler män i Norrbotten har ett vårdtillfälle med huvuddiagnos förmaksflimmer/100 000 invånare än i Riket (264 patienter/100 000 invånare, att jämföra med 227 patienter/100 000 invånare i Riket). Bland kvinnor ses att antalet patienter med slutenvårdstillfälle/100 000 invånare ligger något lägre än i Riket (2017).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

I all öppenvård (primär- och specialiserad vård) i Norrbotten har 5 616 personer eller 2,3 procent av befolkningen ett öppenvårdstillfälle med diagnos (huvud- eller bidiagnos) förmaksflimmer 2017. 4 854 unika patienter eller 8,2 procent av befolkningen har ett öppenvårdstillfälle i åldersgruppen 65 år och äldre[13]. 3 710 unika patienter, vårdades i primärvård (67 procent), 1 906 unika patienter i specialiserad vård (33 procent).

Antal/1000 invånare med förmaksflimmer fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År ut	Åldersgrupper	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	15-24 år	29170	3	0	0,0 %
	25-39 år	44183	29	1	0,1 %
	40-64 år	79848	730	9	0,9 %
	65 år och äldre	59297	4854	82	8,2 %
	Summa:	**251192**	**5616**	**22**	**2,3 %**

Källa: Datalagret Region Norrbotten

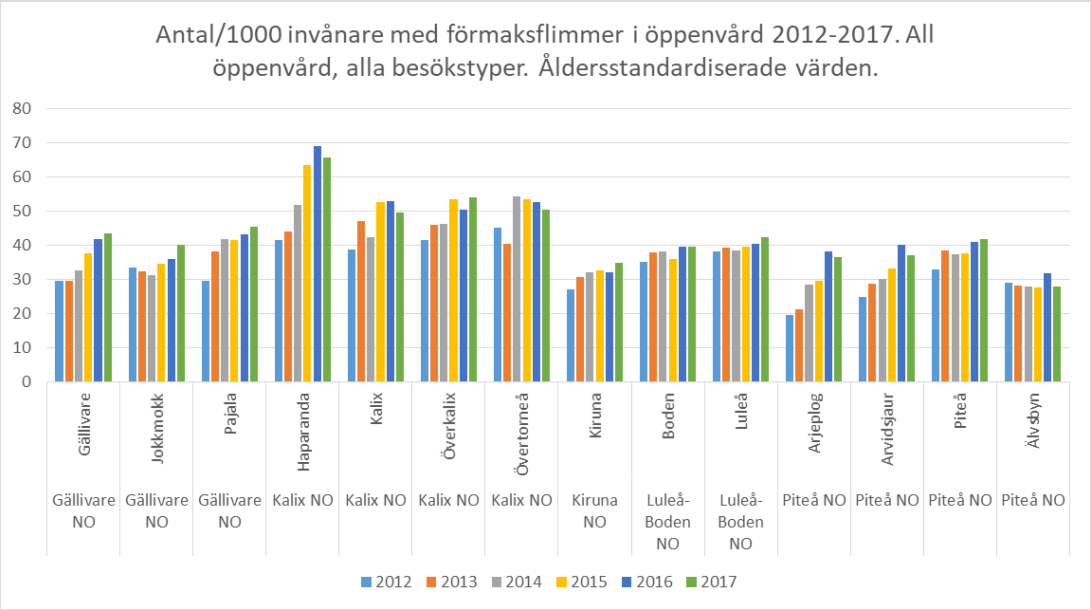
Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Öppenvårdsbesök med förmaksflimmerdiagnos är betydligt vanligare bland boende i Kalix närsjukvårdsområde än i övriga närsjukvårdsområden. Antalet unika patienter med diagnos (huvud- eller bidiagnos) i öppenvård för förmaksflimmer har ökat påtagligt under perioden 2012-2017[14]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnoser inom primärvård (och får tolkas med viss försiktighet). Under hela perioden 2012-2017 ligger antalet öppenvårdsbesök/1000 invånare högst i Kalix närsjukvårdsområde. Befolkningen i Haparanda har högst antal öppenvårdsbesök för förmaksflimmer under 2015-2017. Störst ökning av öppenvårdsbesök över tid ses i Arjeplog. Lägst förekomst av öppenvård med förmaksflimmer ses i Kiruna närsjukvårdsområde.

[13] Datalagret Norrbotten. Unika patienter, räknas bara en gång även om de haft flera besök. Omfattar alla besökstyper i öppenvård år 2017 med diagnos förmaksflimmer. 86 procent av de som öppenvårdats är 65 år och äldre. 57 procent är män.

[14] Med 32 procent, från 4226 unika patienter med diagnos i öppenvård 2012, till 5616 unika patienter med diagnos 2017.



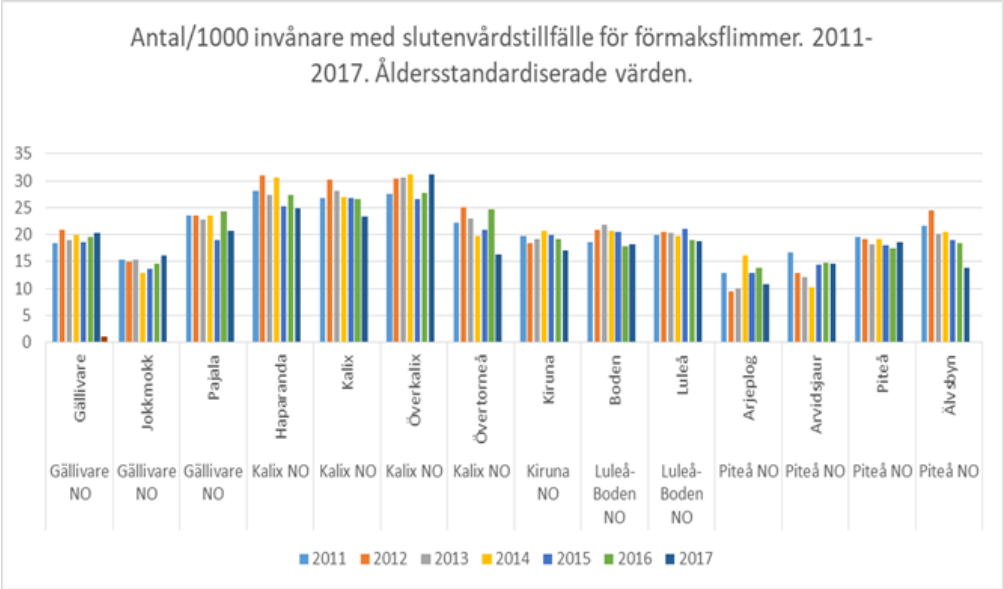
Källa: Datalagret, Region Norrbotten

Specialiserad slutenvård

I all slutenvård 2017 i Norrbotten, har 1,02 procent av befolkningen ett vårdtillfälle med diagnos (huvud- eller bidiagnos) förmaksflimmer. I åldersgruppen över 65 år 3,9 procent. I Norrbotten ligger antalet unika patienter med diagnos förmaksflimmer i slutenvård på ca 2500/år under perioden 2011-2017[15].

Diagrammet nedan visar att förekomsten av slutenvård för diagnosen (som huvud- eller bidiagnos) gått ned över tid. Det framkommer också att det är vanligast med slutenvård för förmaksflimmer bland befolkningen i östra Norrbotten (Kalix närsjukvårdsområde). Över tid utmärker sig befolkningen i Överkalix med högst förekomst av vårdtillfällen med diagnosen, följt av Haparanda, Kalix och Pajala. Lägst förekomst av slutenvård ses i Piteå närsjukvårdsområde. Skillnaderna inom länet är förhållandevis stora.

[15] Cirka 90 procent av patienterna är 65 år och äldre. Av de som vårdats är drygt hälften, cirka 55 procent män (2017).



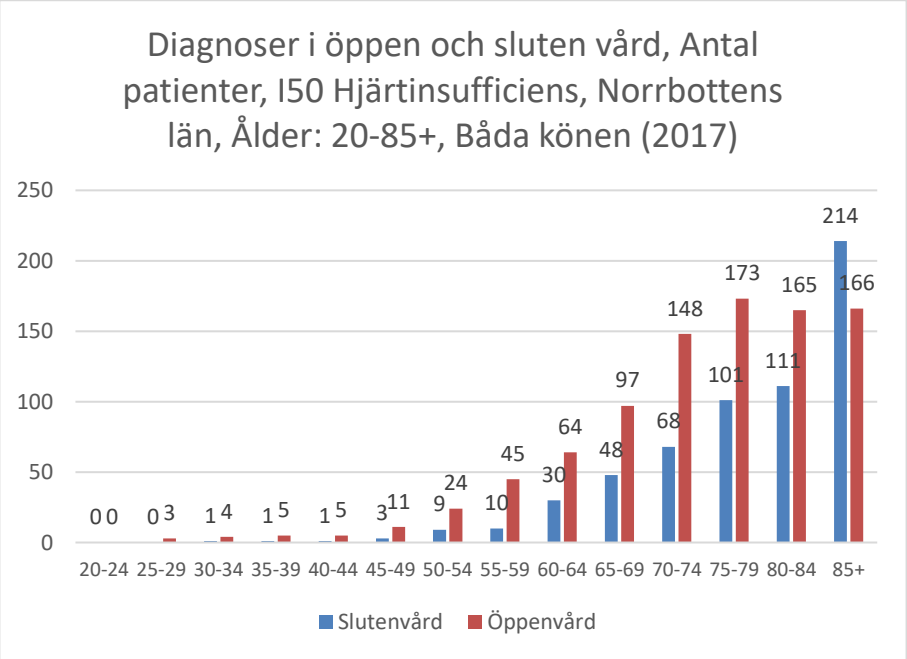
Källa: Datalagret Region Norrbotten

2. Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som främst ses hos äldre. Hjärtsvikt drabbar cirka två procent av befolkningen. Hos personer över 80 år är förekomsten cirka 10 procent. Hjärtsvikt orsakas alltid av en eller flera bakomliggande sjukdomar, där kranskärlssjukdom och högt blodtryck är de vanligaste. Personer med hjärtsvikt har ofta symtom såsom andfåddhet, trötthet och ödem. Långvarig och svår hjärtsvikt påverkar även andra organ än hjärtat, bland annat hjärnans och skelettmuskulaturens funktioner med ökad trötthet och nedsatt livskvalitet som följd. Även andra organfunktioner, såsom njurfunktionen, påverkas av hjärtsvikt[16]. Hjärtsvikt medför höga samhällskostnader framförallt beroende på återkommande behov av slutenvård.[17]

Uppgifter från Patientregistret

2017 fick 597 vuxna (≥20 år) slutenvård i Norrbotten med diagnosen hjärtsvikt (I50) och 910 personer öppenvårdades enligt det rikstäckande Patientregistret för sluten- och öppenvården (inte inkluderande primärvården). Diagrammet nedan visar antal unika patienter i olika åldersgrupper som sjukhusvårdats i specialiserad öppen- respektive slutenvård hos Norrbotten 2017. Majoriteten vårdas i öppenvård utom i den allra äldsta åldersgruppen (85 år och över).



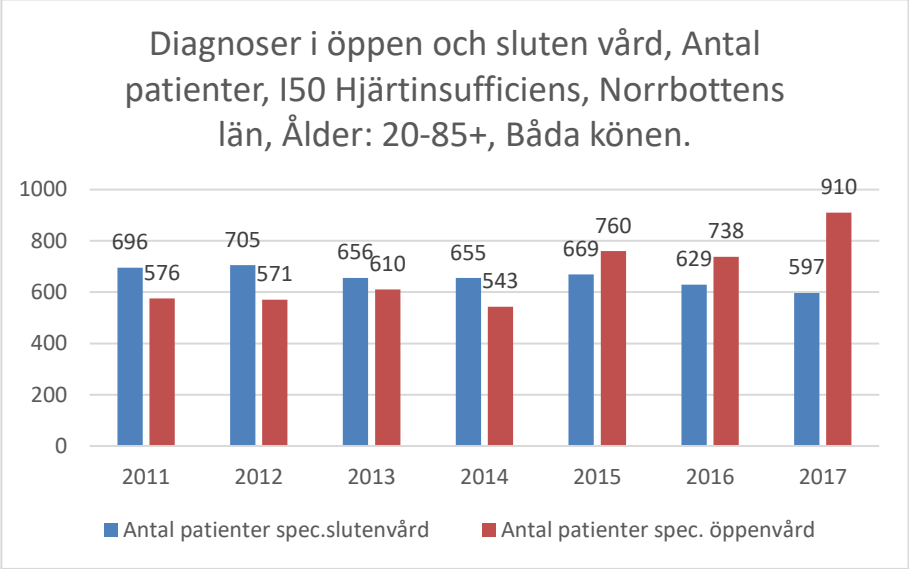
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård med huvuddiagnos hjärtsvikt, har ökat med 58 procent (334 personer) i Norrbotten från 2011-

[16] Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018).

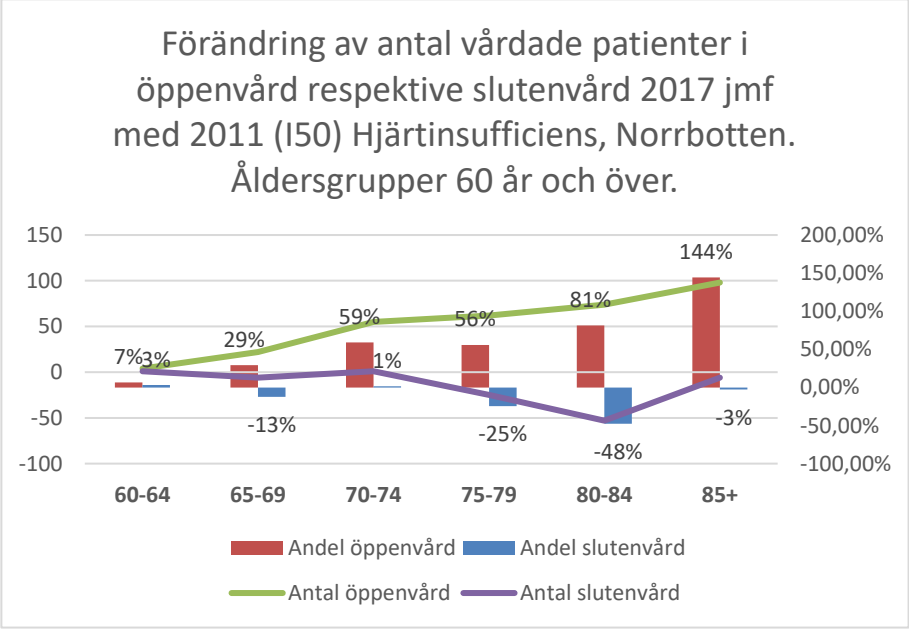
[17] Kronisk sjukdom i primärvården. Landstingens förutsättningar och diagnosspecifika exempel (SKL).

2017. Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård har minskat med -17 procent under samma period (-99 personer).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 60 år och äldre (där den största antalsmässiga förändringen ses). I åldersgruppen 85 år och över är det 144 procent eller 98 fler patienter i öppenvården 2017 än 2011, samtidigt som andelen i slutenvård minskat marginellt med 3 procent (-6 personer). I åldersgruppen 80-84 år ses en ökning på 81 procent eller 74 patienter i öppenvården 2017 jämfört med 2011, och en minskning med -48 procent eller 53 patienter i slutenvården.

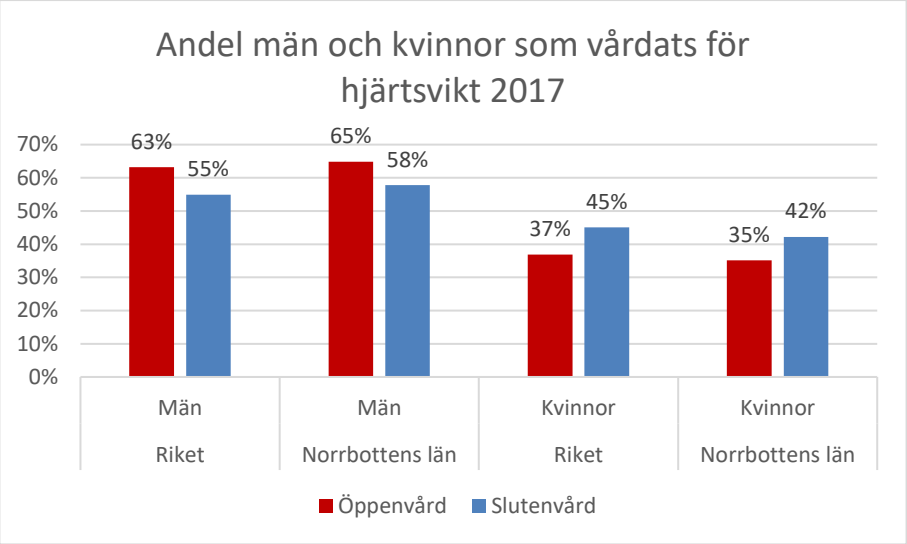


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

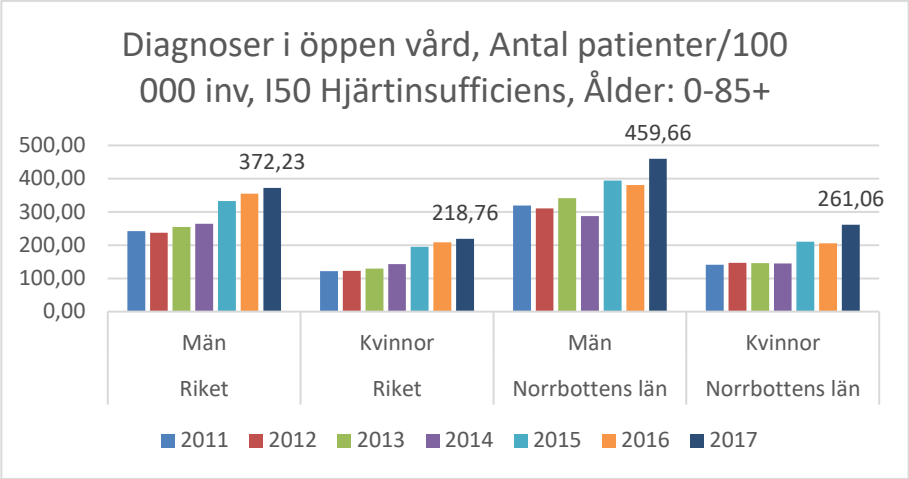
Antalet personer som diagnosticerats med hjärtsvikt varierar mellan män och kvinnor, och mellan Norrbotten och Riket. 2017 var andelen män med hjärtsviktdiagnos i slutenvård 58 procent i Norrbotten och 55 procent i Riket. Inom öppenvården vårdas två procentenheter fler män (65 procent) i Norrbotten för diagnosen jämfört med män i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört med Riket

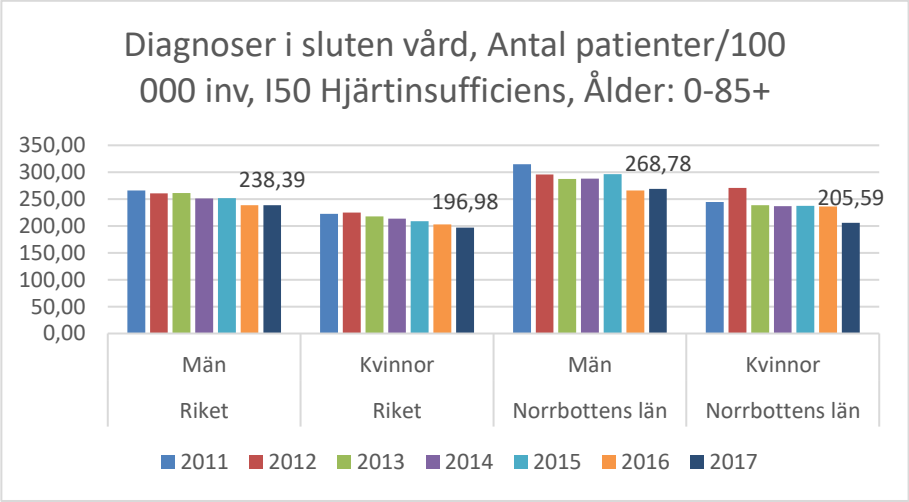
Diagrammet nedan visar antalet patienter/100 000 invånare med huvuddiagnos hjärtsvikt inom specialiserad öppenvård. 2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos hjärtsvikt i specialiserad öppenvård högre i Norrbotten (362 patienter/100 000 invånare) än i Riket (295 patienter/100 000 invånare). Både män (459 patienter/100 000 invånare) och kvinnor (261 patienter/100 000 invånare) i Norrbotten har fler öppenvårdsbesök med huvuddiagnosen hjärtsvikt jämfört med Riket (jmf män 372 patienter/100 000 invånare och kvinnor 218 patienter/100 000 invånare). Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 194-509/100 000 invånare 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört med Riket

2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos hjärtsvikt i specialiserad slutenvård högre i Norrbotten (237 patienter/100 000 invånare) än i Riket (217 patienter/100 000 invånare). Fler män i Norrbotten har slutenvårdats för hjärtsvikt/100 000 invånare än i Riket (268 patienter/100 000 invånare, att jämföra med 238 patienter/100 000 invånare). Bland kvinnor ses att antalet patienter med slutenvårdstillfälle/100 000 invånare ligger något högre än i Riket. Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 180-288/100 000 invånare 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med hjärtsvikt som huvud- och bidiagnos hos Region Norrbotten har 3 255 personer eller 1,3 procent av befolkningen ett öppenvårdstillfälle med hjärtsvikt

2017[18]. 2 844 unika patienter eller 4,8 procent av befolkningen har ett öppenvårdstillfälle i åldersgruppen 65 år och över. 1 985 av dessa besök är primärvårdsbesök (61 procent), 1 270 är besök i specialiserad öppenvård (39 procent).

Antal/1000 invånare med hjärtsvikt fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År ut	Åldersgrupper	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	0-14 år	38694	3	0	0,0 %
	15-24 år	29170	2	0	0,0 %
	25-39 år	44183	25	1	0,1 %
	40-64 år	79848	381	5	0,5 %
	65 år och äldre	59297	2844	48	4,8 %
	Summa:	**251192**	**3255**	**13**	**1,3 %**

Källa: Datalagret Region Norrbotten

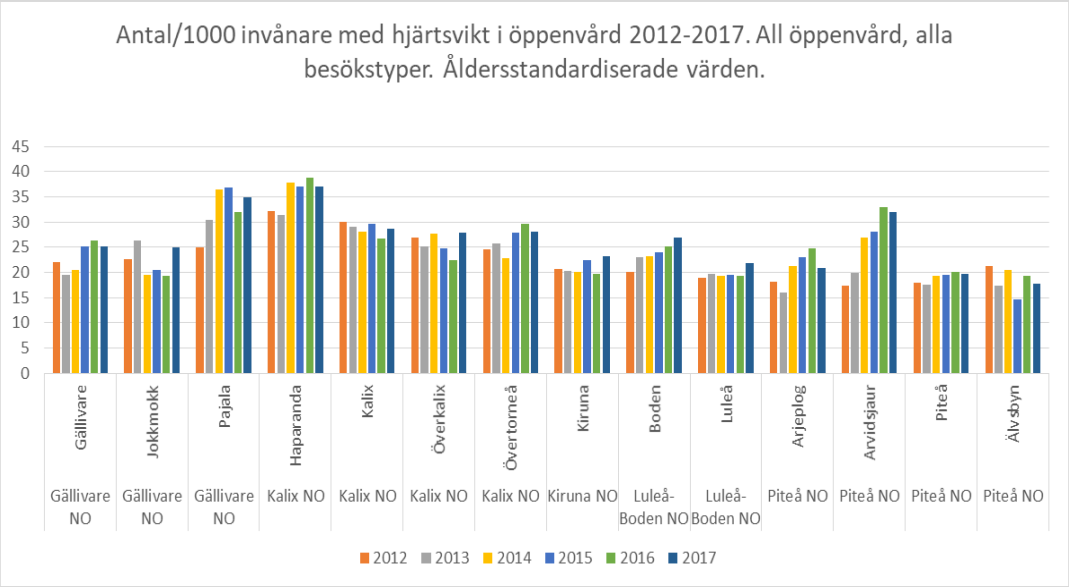
Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Förekomsten av hjärtsvikt är vanligare bland boende i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde. Under hela perioden 2012-2017 ligger antalet/1000 invånare med öppenvårdsbesök för diagnosen högst i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde. Antalet patienter med diagnos i öppenvård för hjärtsvikt har ökat med 23 procent under perioden 2012-2017[19]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnoser inom primärvård (och ska tolkas med försiktighet). Över tid utmärker sig befolkningen i Haparanda med högsta förekomst av besök med diagnosen, följt av Pajala. Även Arvidsjaur har en hög förekomst av öppenvårdsbesök med diagnosen hjärtsvikt i befolkningen (2016-2017).

[18] 87 procent är 65 år och äldre. 58 procent är män. (53 procent män i primärvården).

[19] Från 2644 unika patienter till 3255.



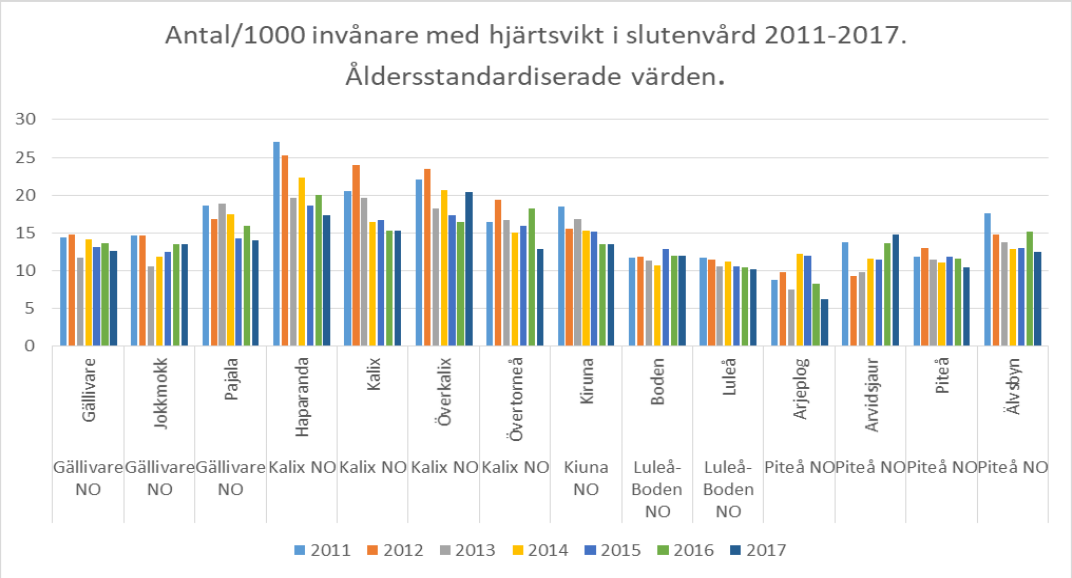
Källa: Datalagret Region Norrbotten

Specialiserad slutenvård

Diagrammet nedan visar hur många av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle med diagnos hjärtsvikt (som både huvud- och bidiagnos), presenterat/1000 invånare[20]. Antalet med ett vårdtillfälle för hjärtsvikt har minskat med -9 procent från 2011-2017. 2011 var det 1817 som hade ett vårdtillfälle med diagnosen 2017 var det 1 653 patienter. Det motsvarar (2017) 0,6 procent av befolkningen i länet, i åldersgruppen 65 år och äldre, 2,4 procent.

Förekomsten av vårdtillfällen för hjärtsvikt är mer vanligt förekommande i Kalix närsjukvårdsområde (Haparanda, Kalix, Överkalix och Övertorneå) liksom bland befolkningen i Gällivare närsjukvårdsområde (Pajala). En minskning av slutenvårdstillfällen ses i de flesta orter (undantag Arvidsjaur och Jokkmokk).

[20] Cirka 90 procent 65 år eller äldre. 55 procent av de som vårdats är män (2017).



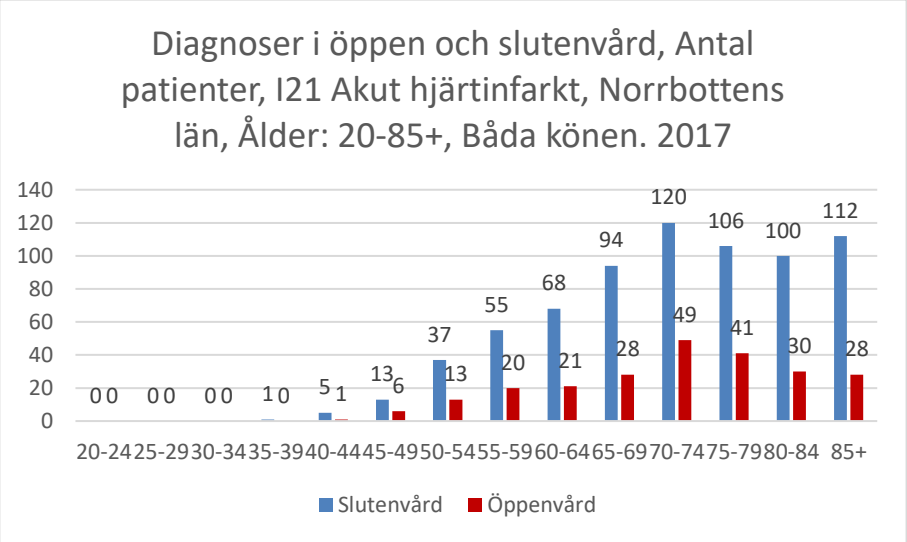
Källa: Datalagret Region Norrbotten

3. Hjärtinfarkt

Ungefär 25 700 personer fick diagnosen akut hjärtinfarkt i Sverige 2016. Akuta hjärtinfarkter ökar kraftigt med stigande ålder. Mindre än 4 procent av de fall som inträffade under 2016 drabbade en person som var yngre än 50 år. I åldersgruppen 85 år och äldre var akut hjärtinfarkt nära fem gånger vanligare än i åldersgruppen 65−69 år. Männen stod för cirka 60 procent av fallen. Akut hjärtinfarkt är ett tillstånd som obehandlat har en mycket hög dödlighet. Såväl förändringar av riskfaktorer i befolkningen (färre rökare, bättre blodtrycksbehandling och lägre kolesterolnivåer) som allt effektivare akut och sekundärpreventiv behandling har dock lett till mer än en halvering av den förtida dödligheten under de senaste 20 åren. Trots detta är kranskärlssjukdom, till exempel hjärtinfarkt, fortfarande den dominerande dödsorsaken i Sverige[21]. Det är också vanligaste orsaken till vårdtillfälle i slutenvården bland äldre i Norrbottens län.

Uppgifter från Patientregistret

2017 fick 711 vuxna (≥20 år) personer i Norrbotten diagnoskoden akut hjärtinfarkt (I21) i slutenvården och 237 personer i öppenvården enligt det rikstäckande Patientregistret för sluten- och öppenvården (inte inkluderande primärvården). Diagrammet nedan visar antal unika patienter i olika åldersgrupper som sjukhusvårdats i specialiserad öppen- respektive slutenvård hos Norrbotten 2017. Majoriteten med diagnosen vårdas i slutenvård.

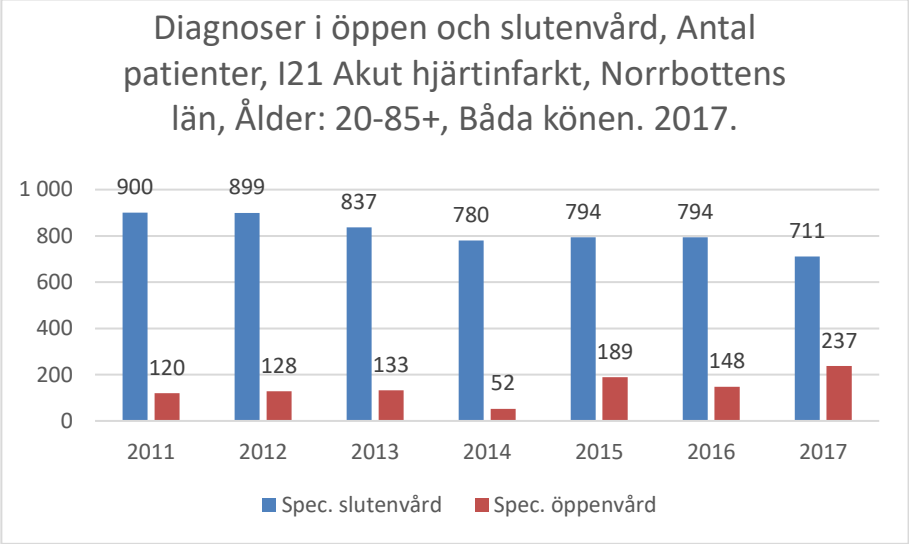


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för akut hjärtinfarkt har minskat med -21 procent i Norrbotten från 2011-2017 (från 900 unika patienter till 711). Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård

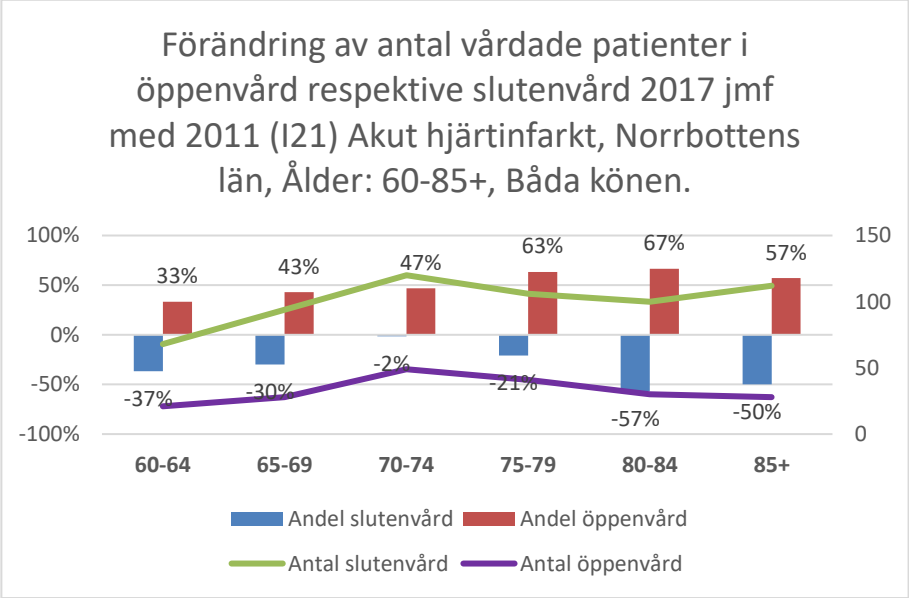
[21] Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018).

för diagnosen har ökat med 98 procent under samma period (från 120 unika patienter, till 237).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 60 år och äldre (där den största antalsmässiga förändringen ses). En ökning av antal patienter ses i alla åldersgrupper i öppenvården, en minskning i slutenvården.

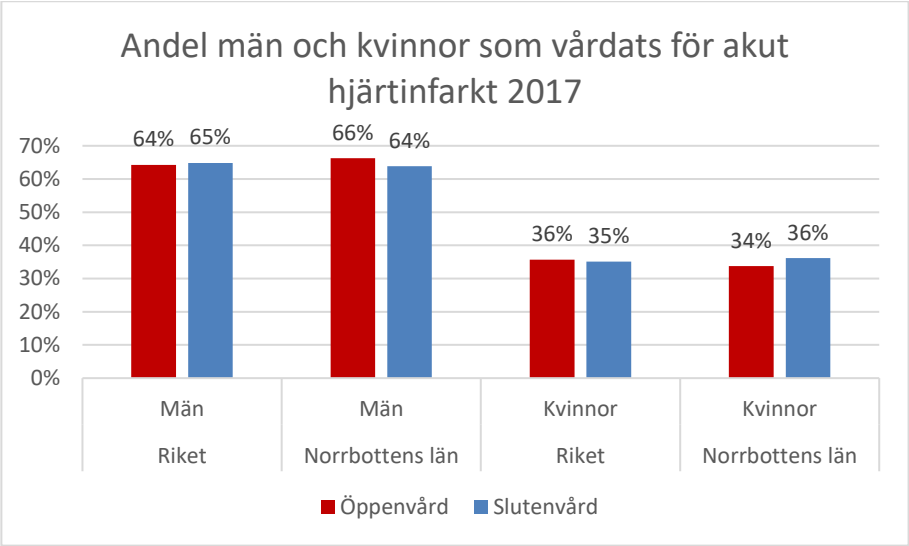


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

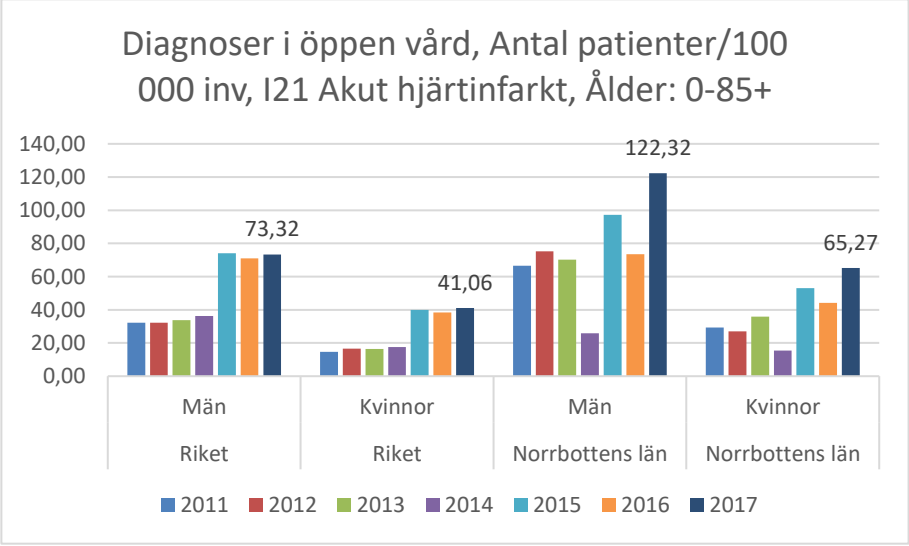
2017 var andelen män som slutenvårdats för akut hjärtinfarkt 65 procent i Riket och 64 procent i Norrbotten. Inom öppenvården är andelen män i Norrbotten som vårdats för diagnosen två procentenheter högre jämfört med Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört med Riket

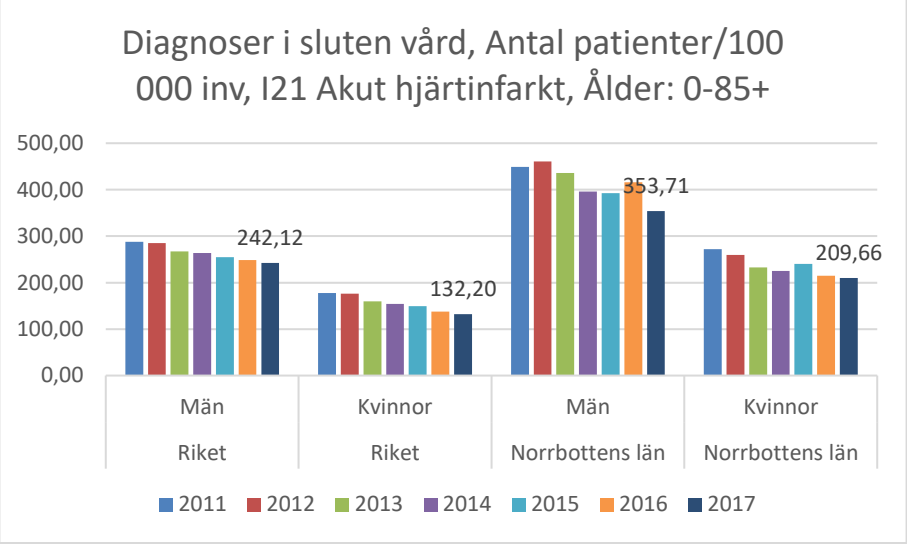
Diagrammet nedan visat antalet patienter/100 000 invånare med huvuddiagnos akut hjärtinfarkt inom specialiserad öppenvård. 2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos akut hjärtinfarkt i specialiserad öppenvård högre i Norrbotten än i Riket. Det gäller både män (122 patienter/100 000 invånare) och kvinnor (65 patienter/100 000 invånare).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört med Riket

2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos akut hjärtinfarkt i specialiserad slutenvård högst i Norrbotten, bland både män och kvinnor. Bland män har i genomsnitt 353 patienter/100 000 invånare slutenvårdats för akut hjärtinfarkt, att jämföra med 242 patienter/100 000 invånare i Riket. Bland kvinnor ses att 209 patienter/100 000 invånare slutenvårdats i Norrbotten att jämföra med 132 patienter/100 000 invånare i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med akut hjärtinfarkt som huvud- och bidiagnos hos Norrbotten har 0,3 procent av befolkningen (727 unika patienter[22]) ett öppenvårdstillfälle med diagnos akut hjärtinfarkt 2017. 538 unika patienter eller 0,9 procent av befolkningen har ett öppenvårdstillfälle i åldersgruppen 65 år och över. 501 patienter (69 procent) vårdades i specialiserad öppenvård, 226 patienter i primärvård (31 procent).

Antal/1000 invånare med akut hjärtinfarkt fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År ut	Åldersgrupper	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	25-39 år	44183	3	0	0,0 %
	40-64 år	79848	186	2	0,2 %
	65 år och äldre	59297	538	9	0,9 %
	Summa:	**251192**	**727**	**3**	**0,3 %**

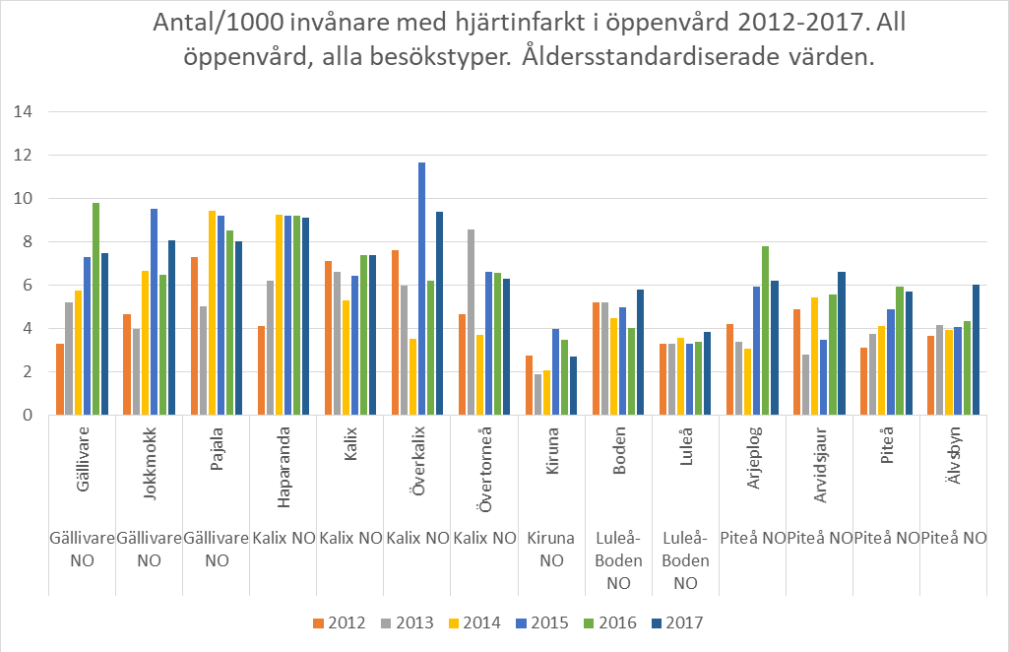
[22] 74 procent är 65 år eller äldre. 69 procent är män.

Källa: Datalagret Region Norrbotten

Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Förekomsten akut hjärtinfarkt är vanligare bland boende i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde. Antalet patienter med diagnos i öppenvård för akut hjärtinfarkt har ökat med 41 procent under perioden 2012-2017[23]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnoser inom primärvård (och ska tolkas med försiktighet). Mest har antalet patienter med öppenvårdsbesök för akut hjärtinfarkt ökat bland befolkningen i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde. Överkalix och Haparanda har högst förekomst av öppenvårdsbesök med diagnosen över tid, följt av Pajala. Skillnaderna inom länet är stora.



Källa: Datalagret Region Norrbotten

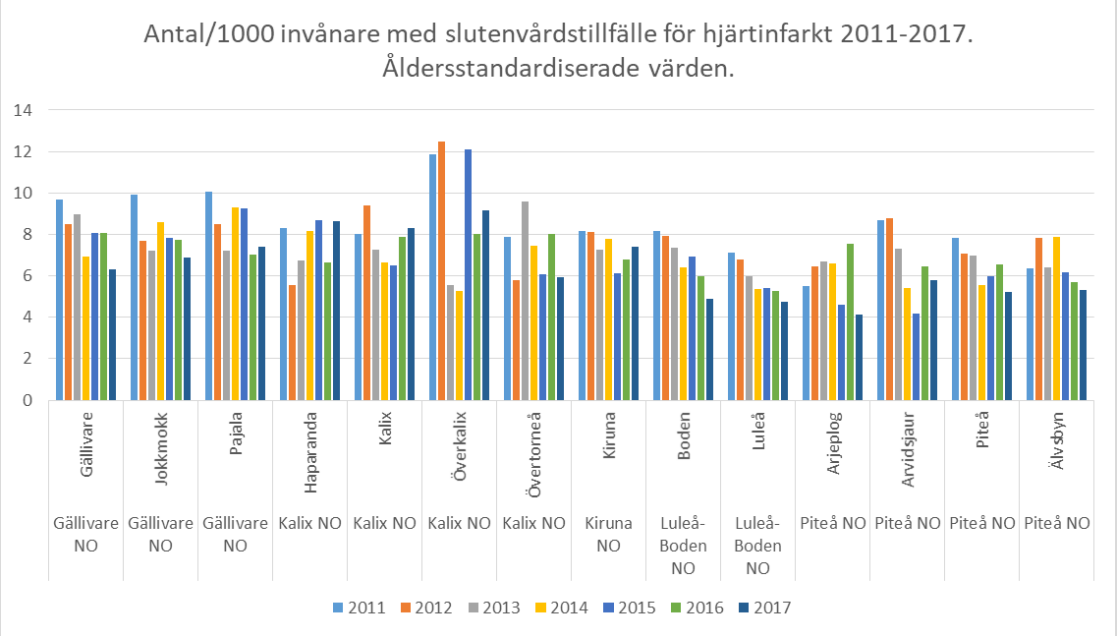
Specialiserad slutenvård

Diagrammet nedan visar antal/1000 invånare i respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle för akut hjärtinfarkt (som huvud- eller bidiagnos). 2017 hade 778 patienter ett vårdtillfälle för akut hjärtinfarkt. Det motsvarar 0,3 procent av länets befolkning och 1,0 procent av befolkningen 65 år och äldre. Antalet vårdtillfällen för hjärtinfarkt har minskat med 27 procent under perioden 2011-2017[24]. Förekomsten av slutenvård

[23] 512 unika patienter till 727.

[24] Från 994 vårdtillfällen till 728. Cirka 75 procent av de med ett vårdtillfälle är 65 år och äldre. Cirka 64 procent av de som vårdats är män (2017).

för hjärtinfarkt är vanligare i Kalix närsjukvårdsområde och Gällivare närsjukvårdsområden än i övriga närsjukvårdsområden. Främst Överkalix utmärker sig, men även Pajala, Jokkmokk och Gällivare har högre förekomst av slutenvårdstillfällen med diagnos hjärtinfarkt i befolkningen över tid.



Källa: Datalagret Region Norrbotten

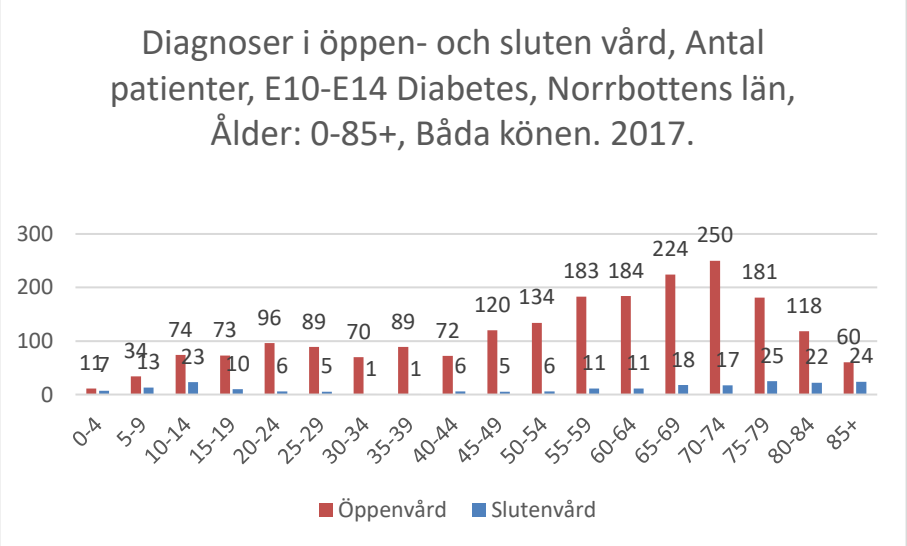
4. Diabetes

Diabetes är en av de stora folksjukdomarna i världen, som kan orsaka förtida död främst genom hjärt-kärlsjukdomar. De vanligaste formerna av diabetes är typ 1- och typ 2-diabetes. Cirka 5 procent av Sveriges vuxna befolkning har diabetes. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Risken för komplikationer är större ju längre tid man haft sjukdomen, och ju högre blodglukosnivån har legat över tid. Sjuklighet och död i hjärt-kärlsjukdomar har dock minskat kraftigt de senaste åren hos personer med diabetes. En stor andel patienter har fortfarande en kraftigt förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdomar. Diabetesvården behöver därför fortsätta att utvecklas[25].

Det finns stora regionala skillnader i Sverige när det gäller behandling av personer med diabetes och risk för hjärt-kärlsjukdomar. Självskattad diabetes är mer vanligt förekommande i Norrbotten än i Riket, 8 procent av männen och 6 procent av kvinnorna uppger att de har diabetes (Riket 6 respektive 5 procent). Diabetes blir vanligt från 45 år och uppåt för att vara som högst i åldern 65-84 år där 19 procent av männen samt 13 procent av kvinnorna uppger att de har diabetes i länet (i Riket 17 respektive 13 procent).

Uppgifter från Patientregistret

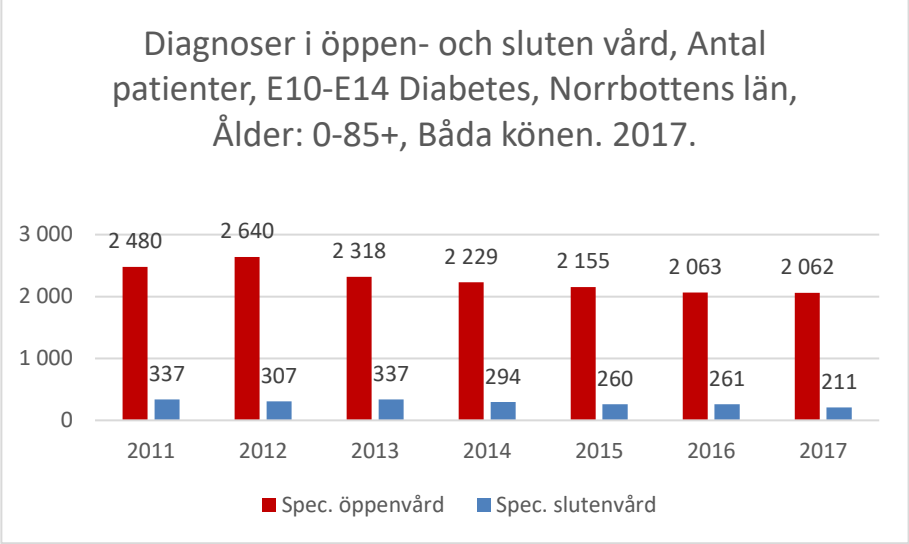
2017 fick 2 062 personer i Norrbotten diagnoskoden diabetes typ 1 och 2 (E10-E14) i öppenvård, 211 personer i slutenvård enligt det rikstäckande Patientregistret för sluten- och öppenvården (inte inkluderande primärvården). Noterbart är att detta gäller sjukhusvård med diabetes som huvuddiagnos. Majoriteten vårdas inom den öppna vården (se nedan).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

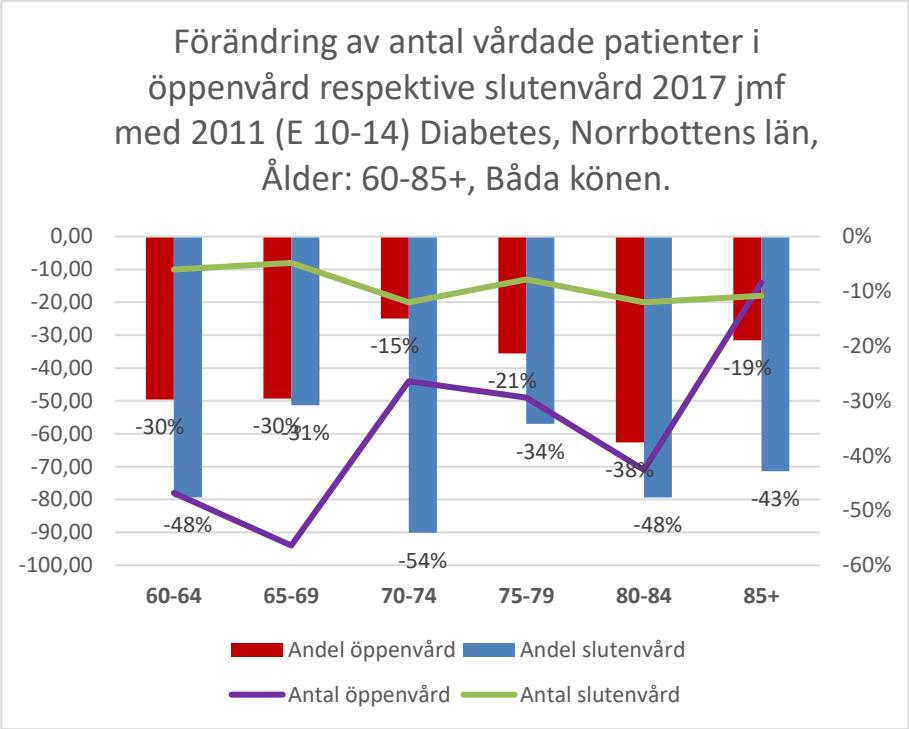
[25] Nationella riktlinjer för diabetesvård Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018)

Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för huvuddiagnos diabetes har minskat med -37 procent i Norrbotten från 2011-2017 (från 337 unika patienter till 211). Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård för diagnosen har minskat med -17 procent under samma period (från 2 480 unika patienter, till 2 062).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 60 år och äldre. Här ses en minskning av antal vårdade patienter i både öppenvård och slutenvård.
Det är troligt att minskningen i specialiserade öppenvård motsvaras av en ökning av behandling av diabetes i primärvård under perioden.

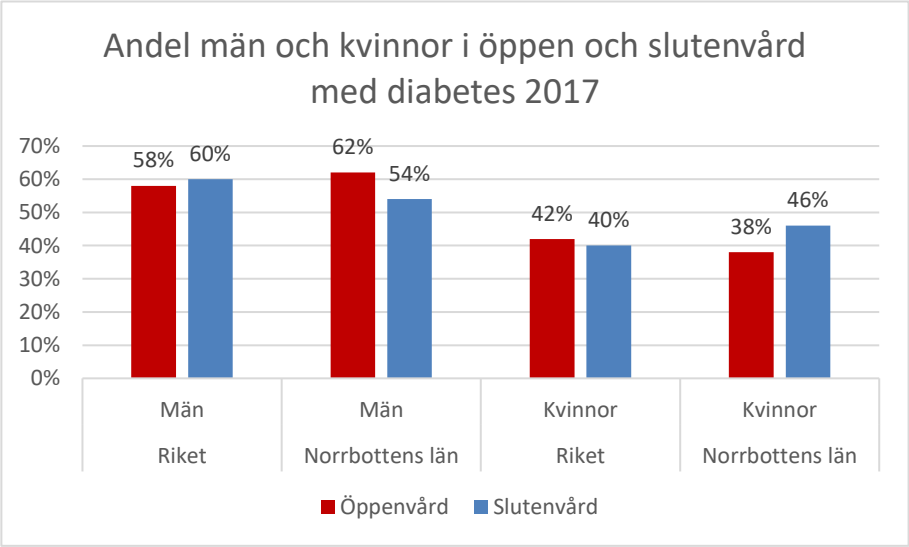


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

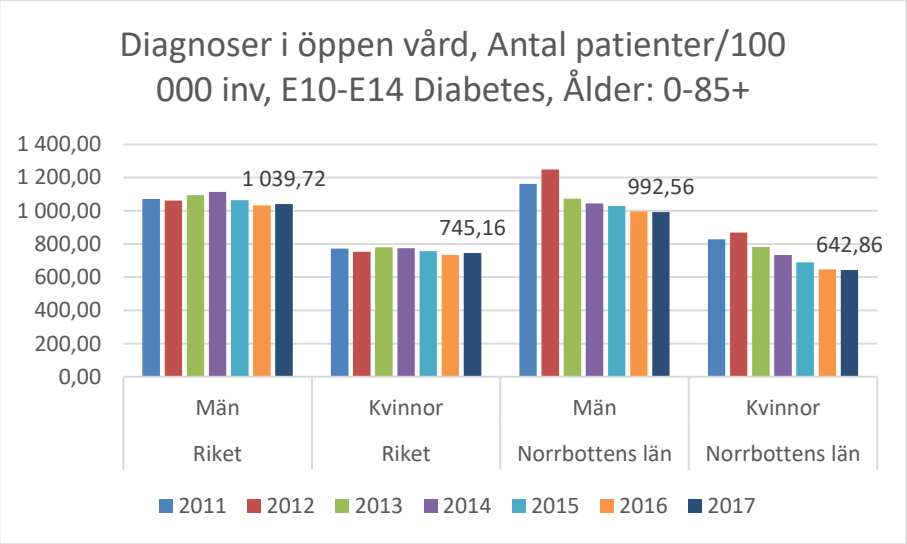
2017 var andelen män som slutenvårdats för diabetes 60 procent i Riket och 54 procent i Norrbotten. Inom öppenvården är andelen män i Norrbotten som vårdats för diagnosen 62 procentenheter att jämföra med 58 procent i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört Riket

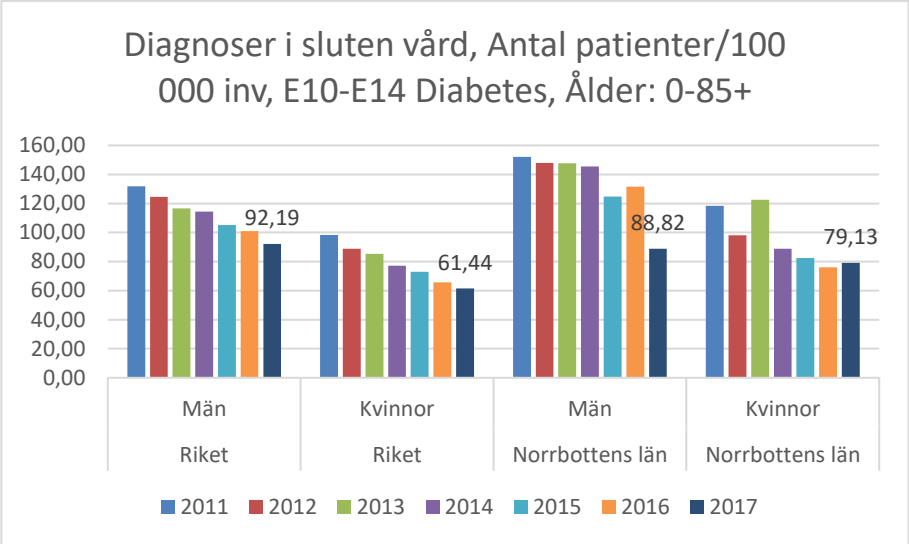
Diagrammet nedan visat antalet patienter/100 000 invånare med huvuddiagnos diabetes inom specialiserad öppenvård. Mellan regionerna varierar antalet patienter som öppenvårdats med diagnos diabetes mellan 713-1471 patienter/100 000 invånare. 2017 är det genomsnittliga antalet patienter 821/100 000 i Norrbotten, vilket är lägre än i Riket (893 patienter/100 000 invånare). Det gäller både män (992 patienter/100 000 invånare) och kvinnor (642 patienter/100 000 invånare). Trenden över tid är vikande i Norrbotten, men stabil i Riket. Det är möjligt att det kan förklaras av att fler diabetiker vårdas i primärvård i Norrbotten.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter som slutenvårdats med diagnos diabetes mellan 57-129/100 000 invånare 2017. I Norrbotten ses i genomsnitt 84 patienter/100 000 invånare, att jämföra med Rikets genomsnitt på 75 patienter/100 000 invånare. Något färre män i Norrbotten har slutenvårdats med diabetes som huvuddiagnos (88 patienter/100 000 invånare) än i Riket (92 patienter/100 000 invånare). Bland kvinnor ses 79 patienter/100 000 invånare i Norrbotten att jämföra med 61 patienter/100 000 invånare i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med diabetes som huvud- och bidiagnos hos Norrbotten har 5,8 procent av befolkningen (14 567 unika patienter) ett öppenvårdstillfälle med diagnosen 2017[26]. 15,6 procent av befolkningen har ett öppenvårdstillfälle i åldersgruppen 65 år och över. 2017 har 12 213 patienter besökt primärvården (83 procent), 2 354 patienter den specialiserade öppenvården (17 procent).

Tabell x. Antal/1000 invånare med diabetes fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År	Åldersgrupper	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	0-14 år	38694	128	3	0 %
	15-24 år	29170	219	8	0,8 %
	25-39 år	44183	508	11	1,1 %
	40-64 år	79848	4452	56	5,6 %
	65 år och äldre	59297	9260	156	15,6 %
	Summa:	**251192**	**14567**	**58**	5,8 %

Källa: Datalagret Region Norrbotten

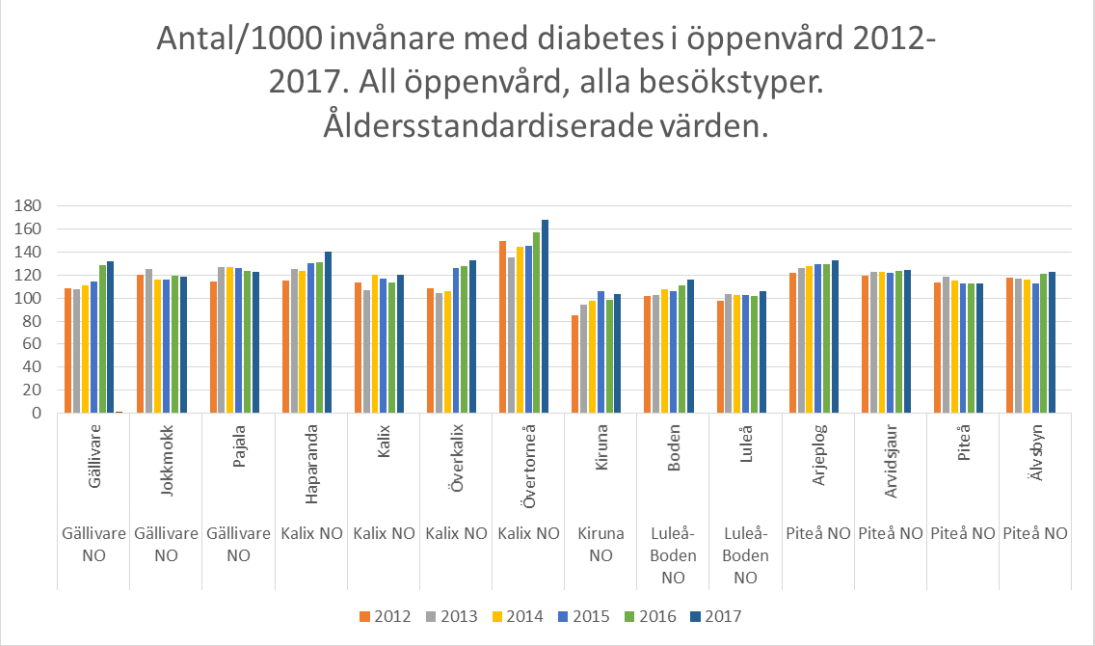
Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Förekomsten av öppenvårdsbesök med diagnos diabetes (huvud- och bidiagnos) är vanligare bland boende i Kalix närsjukvårdsområde. Även Piteå och

[26] 64 procent är 65 år och över. 59 procent är män (2017).

Gällivare närsjukvårdsområde har förhållandevis hög andel i befolkningen med diagnosen under perioden 2012-2017 (se diagram). Antalet patienter med diagnos i öppenvård för diabetes har ökat med 12,4 procent under perioden 2012-2017[27]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnosen inom primärvård (och ska tolkas med försiktighet). Flest öppenvårdsbesök för diagnosen se bland befolkningen i Övertorneå.



Källa: Datalagret Region Norrbotten

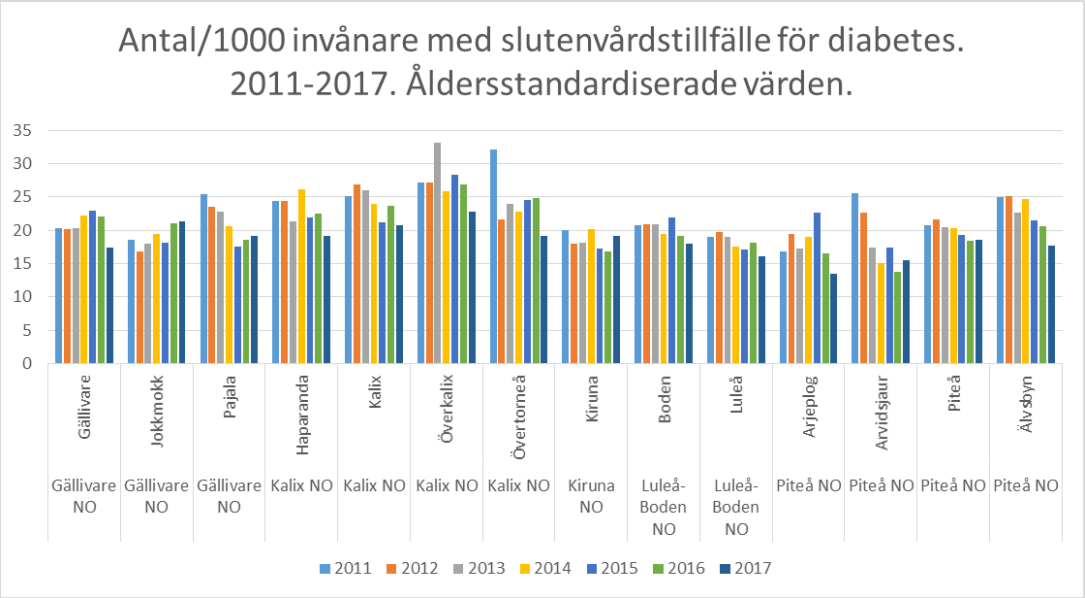
Specialiserad slutenvård

Nedan visas hur många av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle för diabetes, presenterat/1000 invånare.

2 360 unika patienter eller 0,9 procent av befolkningen har haft ett vårdtillfälle med diagnosen (som huvud- eller bidiagnos) 2017[28]. 1 916 unika patienter eller 3,2 procent av befolkningen 65 år och över. Antalet med ett vårdtillfälle för diabetes har minskat under perioden under perioden 2011-2017 (undantaget Jokkmokk). Att ha ett vårdtillfälle för diabetes är vanligare bland befolkningen i Kalix närsjukvårdsområde och Gällivare närsjukvårdsområde. Över tid ses flest vårdtillfällen bland befolkningen i Överkalix, Övertorneå, Kalix och Älvsbyn.

[27] Från 12 954 unika patienter till 14 567.

[28] Cirka 81 procent av de med ett vårdtillfälle är 65 år och över. Ungefär 58 procent är män.



Källa: Datalagret Region Norrbotten

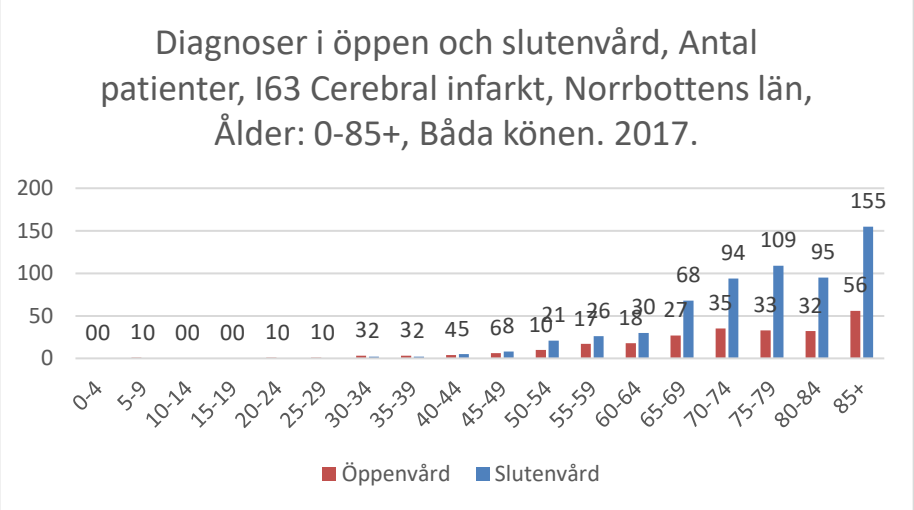
5. Stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Cirka 85 procent av alla strokefall utgörs av hjärninfarkt. 2016 drabbades ungefär 26 500 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor[29]. Cirka tre fjärdedelar av patienterna är över 65 år.[30]

Risken att dö i stroke har minskat med en tredjedel de senaste 20 åren. Även insjuknandet i stroke har minskat tydligt sedan år 2000. Minskad rökning samt bättre behandlingsmetoder, lägre blodfetter och blodtryck gör att färre insjuknar.[31] Även levnadsvanor som matvanor och fysisk aktivitet har stor betydelse som riskfaktorer för stroke och andra hjärtkärlsjukdomar. Liksom för hjärtinfarkt har insjuknandet i stroke inte utvecklats lika gynnsamt i yngre åldrar som bland de äldre. De allra flesta insjuknanden i stroke sker dock i äldre åldersgrupper och det är också bland de äldre som den snabbaste minskningen skett.[32]

Uppgifter från Patientregistret

2017 fick 247 personer i Norrbotten huvuddiagnoskoden stroke (I63[33]) i öppenvården, 615 personer i slutenvården enligt det rikstäckande Patientregistret (inte inkluderande primärvården). Majoriteten vårdas i slutenvård.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

---

[29] Statistik om stroke 2016 (Socialstyrelsen 2017).

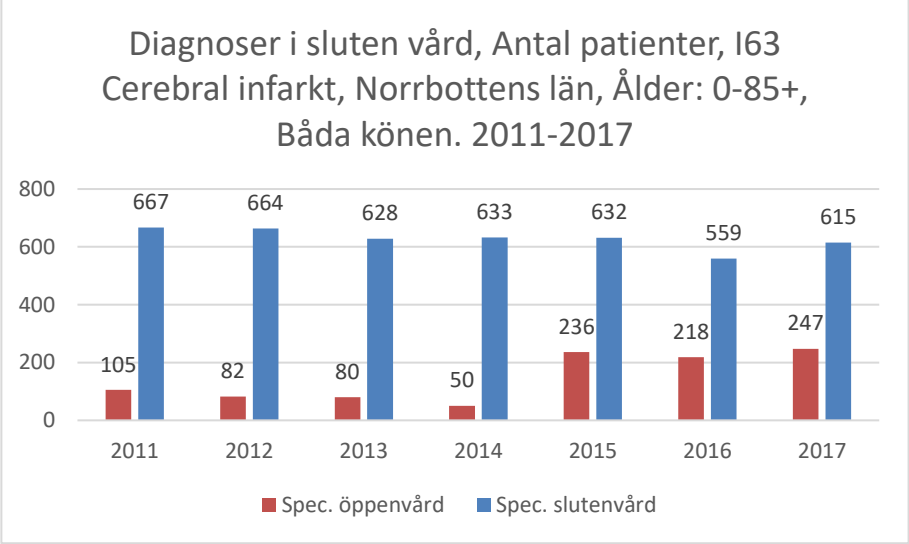
[30] Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013) Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013.

[31] Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009.

[32] Folkhälsomyndigheten (2017) Folkhälsan i Sverige 2016, Årlig rapportering.

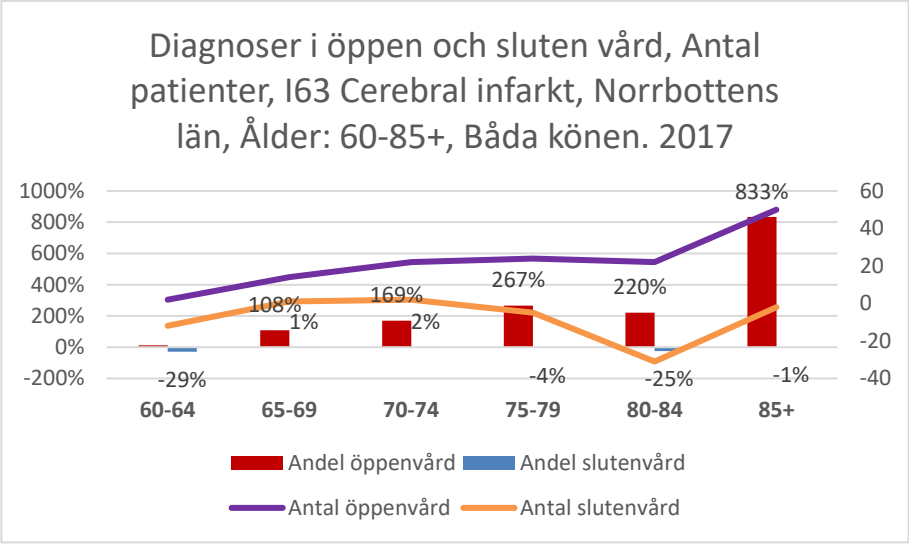
[33] Omfattar enbart diagnosen I63. Diagnoskod I61-I64 kan inte summeras om antalet unika patienter ska visas (Patientregistret).

Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för huvuddiagnos stroke har minskat med -8 procent i Norrbotten från 2011-2017 (från 667 unika patienter till 615). Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård för diagnosen har ökat med 35 procent under samma period (från 105 unika patienter, till 247).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 60 år och äldre. Här ses en minskning av antal vårdade patienter i slutenvård och en markant ökning i öppenvård. Antalsmässigt motsvarar ökningen i öppenvård 134 personer i åldern 60-85 år, andelsmässigt är ökningen betydande.

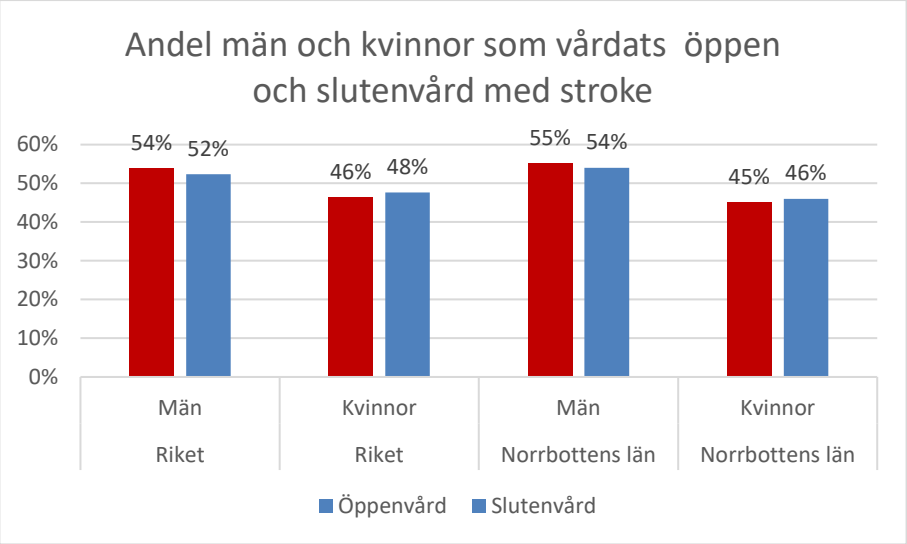


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

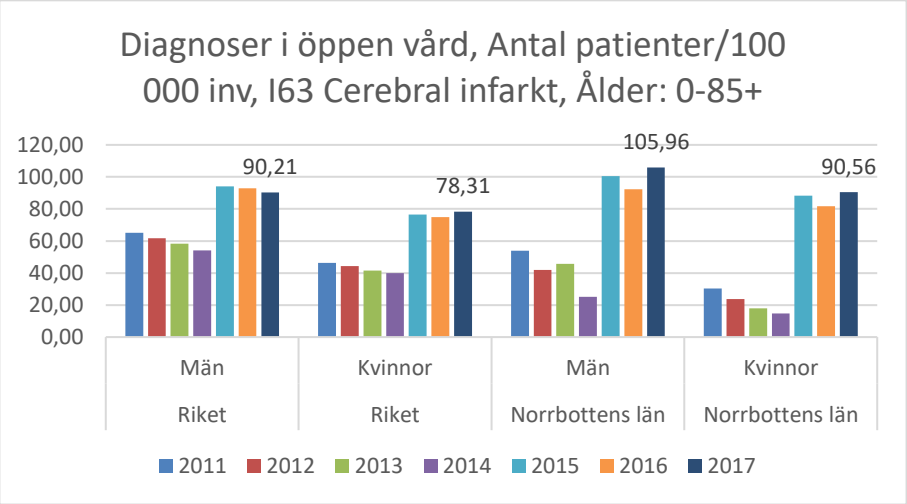
Antalet personer som diagnosticerats med stroke (I63) varierar mellan män och kvinnor. 2017 var andelen män med stroke i slutenvård 54 procent i Norrbotten och 52 procent i Riket. Inom öppenvården vårdas män (55 procent) och kvinnor (45 procent) i Norrbotten vilket är ungefär lika stora andelar som i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört Riket

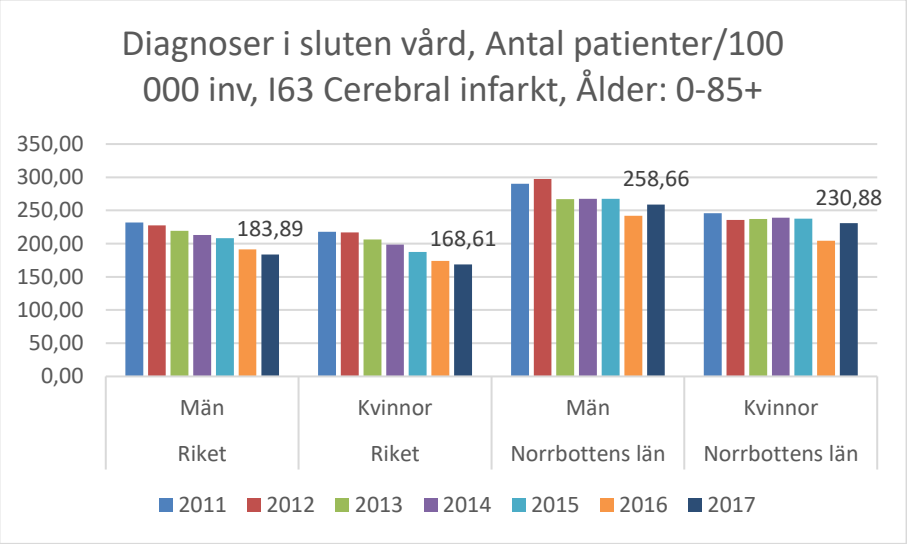
Diagrammet nedan visat antalet patienter/100 000 invånare med huvuddiagnos stroke inom specialiserad öppenvård. 2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos stroke i specialiserad öppenvård högre i Norrbotten (98/100 000 invånare) än i Riket (84/100 000 invånare). Det gäller både män och kvinnor. Mellan regionerna varierar antalet patienter från 17-180/100 000 invånare 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört Riket

2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos stroke i specialiserad slutenvård högre bland både kvinnor och män i Norrbotten (245/100 000 invånare) om man jämför med Riket (176/100 000 invånare). Mellan regionerna varierar antalet patienter från 138-263/100 000 invånare. Fler män i Norrbotten har slutenvårdats med stroke som huvuddiagnos (258 patienter/100 000 invånare) än i Riket (183 patienter/100 000 invånare). Bland kvinnor ses 230 patienter/100 000 invånare i Norrbotten att jämföra med 168 patienter/100 000 invånare i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med stroke[34] som huvud- och bidiagnos hos Region Norrbotten har 0,5 procent av befolkningen (1 257 unika patienter) ett öppenvårdstillfälle med diagnosen 2017. 1,6 procent av befolkningen har ett öppenvårdstillfälle i åldersgruppen 65 år och över. 640 av patienternas öppenvårdsbesök var i primärvård (51 procent), 617 i specialiserad öppenvård (49 procent).

[34] I60-; I600; I601; I602; I603; I604; I605; I606; I607;I608; I609; I610; I610X; I611; I612; I613; I614; I614X; I615; I616; I618; I619; I619X; I61-P; I620; I621; I629; I63-; I63.4; I630; I631; I632; I633; I634; I634X; I635; I635X;
I636; I638; I638X; I639; I639X; I64; I64-; I64-*2; I649.

Antal/1000 invånare med stroke fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

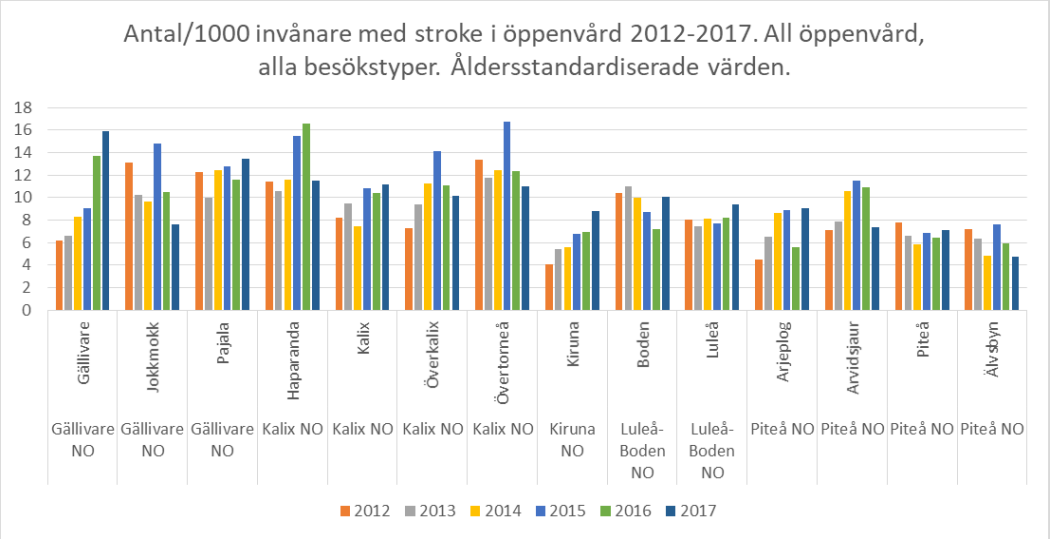
År ut	Åldersgrup-per	Folk-mängd	Antal med dia-gnos	Antal per 1000	Procent
2017	0-14 år	38694	4	0	0,0 %
	15-24 år	29170	6	0	0,0 %
	25-39 år	44183	15	0	0,0 %
	40-64 år	79848	294	4	0,4 %
	65 år och äldre	59297	938	16	1,6 %
	Summa:	**251192**	**1257**	**5**	**0,5 %**

Källa: Datalagret Region Norrbotten

Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Förekomsten av öppenvårdsbesök med diagnosen stroke (huvud- och bidiagnos) är vanligare bland boende i Gällivare och Kalix närsjukvårdsområde. Antalet patienter med diagnos i öppenvård för stroke har ökat med 231 patienter eller 22,5 procent under perioden 2012-2017[35]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnosen inom primärvård (och ska tolkas med försiktighet). Befolkningen i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde har flest öppenvårdsbesök. Över tid ses flest besök i Haparanda, Övertorneå och Pajala. Skillnaderna i länet är förhållandevis stora.

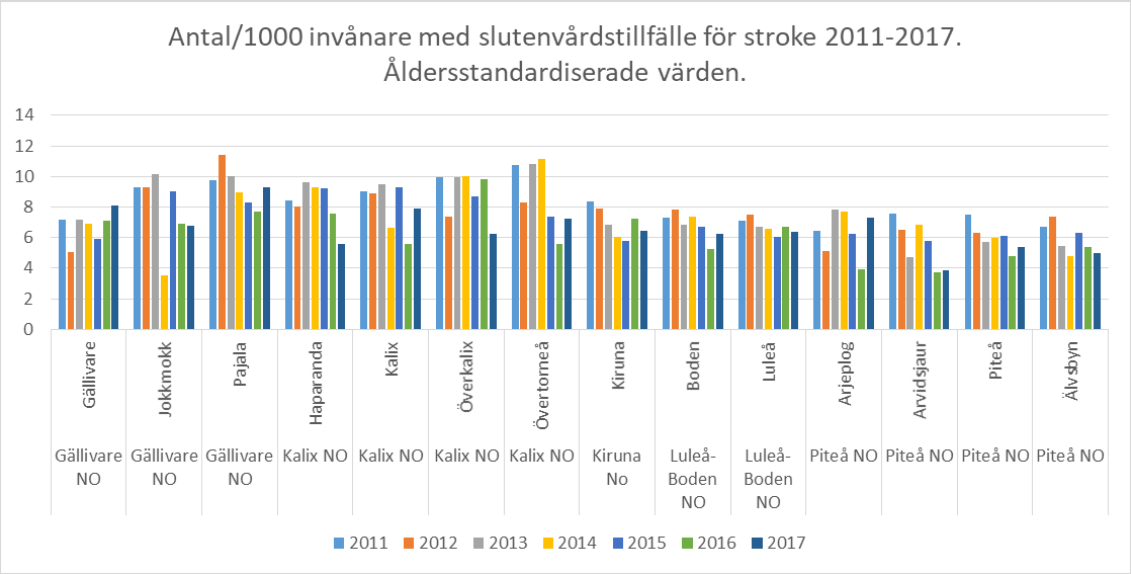


Källa: Datalagret Region Norrbotten

[35] Från 1026 unika patienter till 1257. 2017 är 75 procent med diagnoser 65 år och över. 57 procent är män.

Specialiserad slutenvård

Rapporten visar hur många per av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle för stroke, presenterat/1000 invånare. 858 patienter har haft ett vårdtillfälle med diagnosen, vilket motsvarar 0,3 procent av befolkningen samt 2,4 procent av befolkningen över 65 år[36] (2017). Antalet med vårdtillfälle för stroke har minskat från 965 patienter 2011 till 858 patienter 2017. Diagrammet nedan visar, förutom en generell nedgång i antal/1000 invånare med vårdtillfälle för stroke 2011-2017, att förekomsten av vårdtillfällen för stroke i befolkningen är högre i Gällivare (Pajala) och Kalix närsjukvårdsområde (främst Överkalix och Övertorneå). Detta gäller under hela den studerade perioden. Under 2017 ses att befolkningen i Gällivare närsjukvårdsområde, främst Pajala, har flest vårdtillfällen för stroke. Därefter kommer Kalix närsjukvårdsområde.



Källa: Datalagret Region Norrbotten

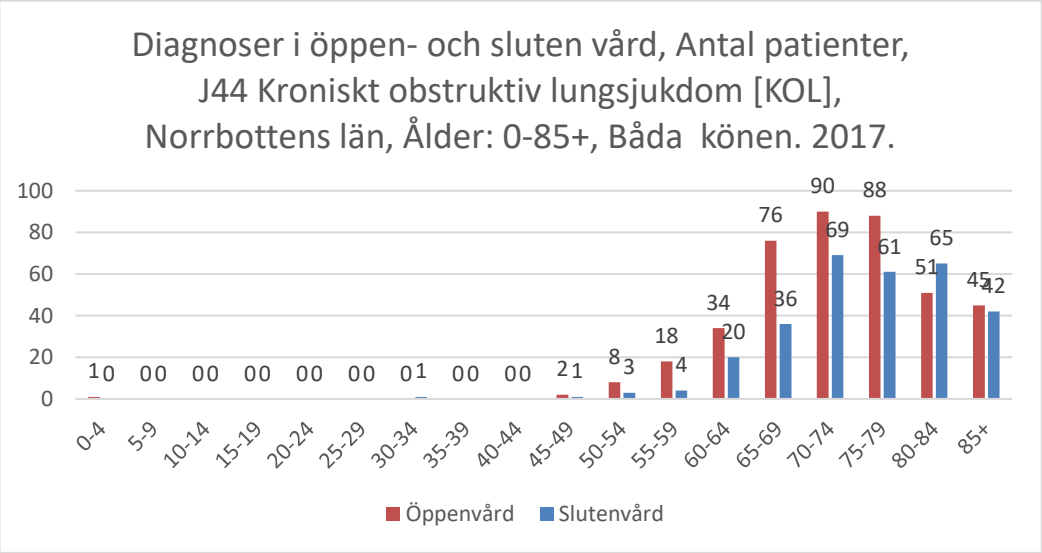
[36] Ungefär 83 procent är 65 år och över. Cirka 54 procent av de med ett vårdtillfälle är män.

6. KOL (Kroniskt obstruktiv lungsjukdom)

KOL är liksom astma en obstruktiv lungsjukdom. Den drabbar de minsta luftvägarna och är i motsats till astma en obotlig sjukdom som ofta leder till svår nedsättning av lungfunktionen och med tiden andningssvikt. Det är vanligt med andra samtidiga sjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar. Den dominerande orsaken till KOL är rökning.[37] KOL drabbar främst personer som röker eller som har rökt och är vanligare bland äldre vuxna. Uppskattningsvis lider 400 000 – 700 000 personer av KOL i Sverige idag, men förekomsten ökar[38]. Behandlingen vid KOL bygger på tre hörnpelare: rökstopp, farmakologisk behandling och rehabilitering. Kunskapen om hur patienter med KOL behandlas i Sverige är mycket begränsad. En anledning är att bara en bråkdel av patienter med KOL som omhändertas i primärvård registreras i det nationella kvalitetsregistret. [39]

Uppgifter från Patientregistret

2017 fick 413 personer i Norrbotten huvuddiagnoskoden KOL (E10-E14) i öppenvården, 302 personer i slutenvården enligt det rikstäckande Patientregistret (inte inkluderande primärvården). Förekomsten ökar med stigande ålder. Majoriteten vårdas i öppenvård.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

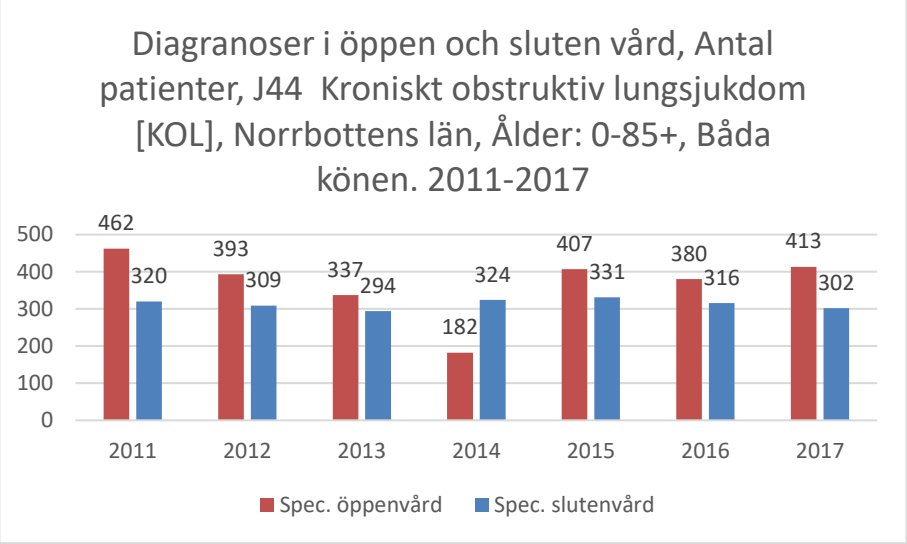
---

[37] Kronisk sjukdom i primärvården. Landstingens förutsättningar och diagnosspecifika exempel (SKL).

[38] Nationella riktlinjer för vård vid Astma och KOL. Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018).

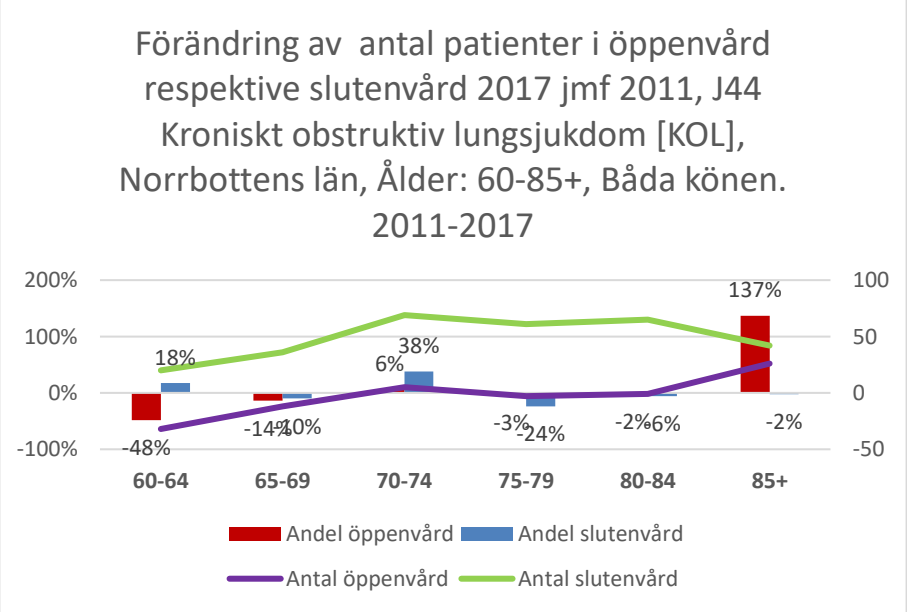
[39] Kronisk sjukdom i primärvården. Landstingens förutsättningar och diagnosspecifika exempel (SKL).

Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för huvuddiagnos KOL har minskat med -18 personer eller -6 procent i Norrbotten från 2011-2017 (från 320 unika patienter till 302). Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård för diagnosen har minskat med -12,2 procent under samma period (från 462 unika patienter till 413).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 60 år och äldre (där den största antalsmässiga förändringen ses). En minskning av antal patienter ses i öppenvården, undantaget gruppen 70-74 år samt 85 år och äldre, som ökar. Inom slutenvården ses totalt sett en minskning med - 4 procent (60-85 år och äldre). I åldersgruppen 60-64 respektive 70-74 år ökar antalet som slutenvårdats.

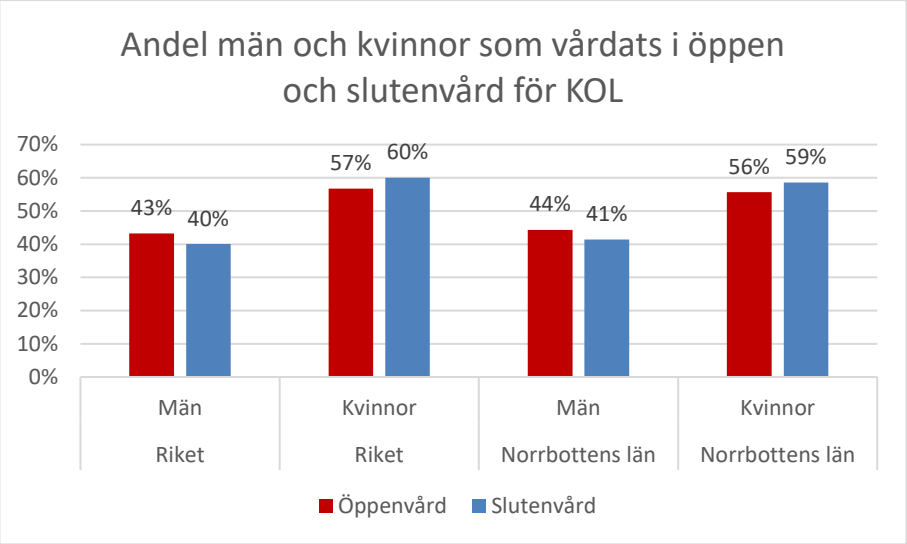


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

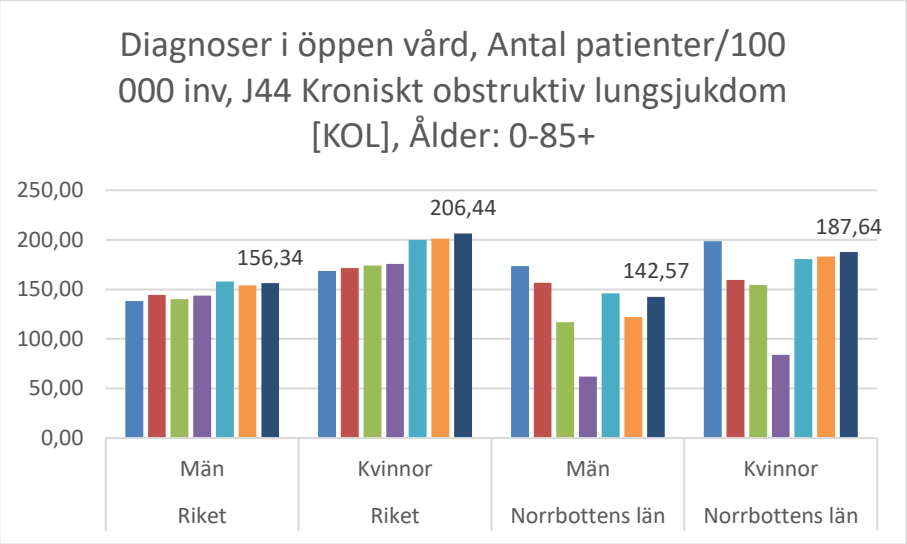
Antalet personer som diagnosticerats med KOL varierar mellan män och kvinnor. 2017 var andelen kvinnor med KOL i slutenvård 59 procent i Norrbotten och 60 procent i Riket. Inom öppenvården vårdas kvinnor (56 procent) och män (44 procent) i Norrbotten vilket är ungefär lika stora andelar som i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 128-341/100 000 invånare med KOL-diagnos i specialiserad öppenvård (2017). I Norrbotten är antalet patienter lägre (164 patienter/100 000 invånare) än i Riket (181 patienter/100 000 invånare). Fördelningen av antal patienter/100 000 invånare bland män och kvinnor framgår av diagrammet nedan.

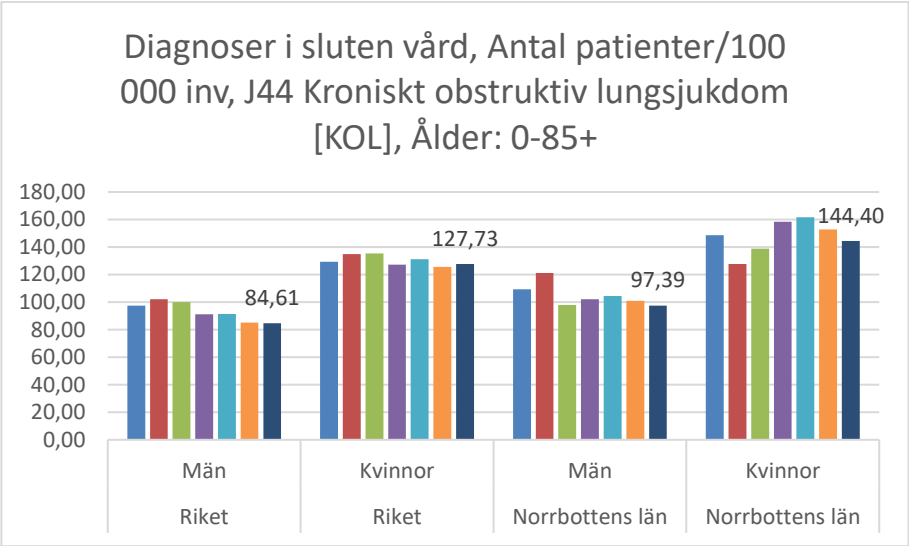


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört med Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 76-139/100 000 invånare med diagnos KOL i slutenvård (2017). I Norrbotten vårdades fler patienter i slutenvård för KOL (120 patienter/100 000 invånare) än i Riket (106 patienter/100 000 invånare).

Fler män i Norrbotten har ett vårdtillfälle med huvuddiagnos KOL/100 000 invånare än i Riket (97 patienter/100 000 invånare, att jämföra med 84 patienter/100 000 invånare i Riket). Bland kvinnor ses att antalet patienter med slutenvårdstillfälle/100 000 invånare också ligger högre än i Riket (2017).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med KOL som huvud- och bidiagnos hos Norrbotten har 1,1 procent av befolkningen (2 729 unika patienter[40]) ett öppenvårdstillfälle med diagnosen 2017. 3,7 procent unika patienter har ett öppenvårdstillfälle i åldersgruppen 65 år och över. 2 339 unika patienter eller 86 procent besökte i primärvård, 395 unika patienter eller 14 procent specialiserad öppenvård.

Antal/1000 invånare med KOL fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År ut	Åldersgrupper	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	0-14 år	38694	6	0	0,0 %
	15-24 år	29170	5	0	0,0 %
	25-39 år	44183	6	0	0,0 %

[40] 56 procent är kvinnor, 81 procent är 65 år och äldre.

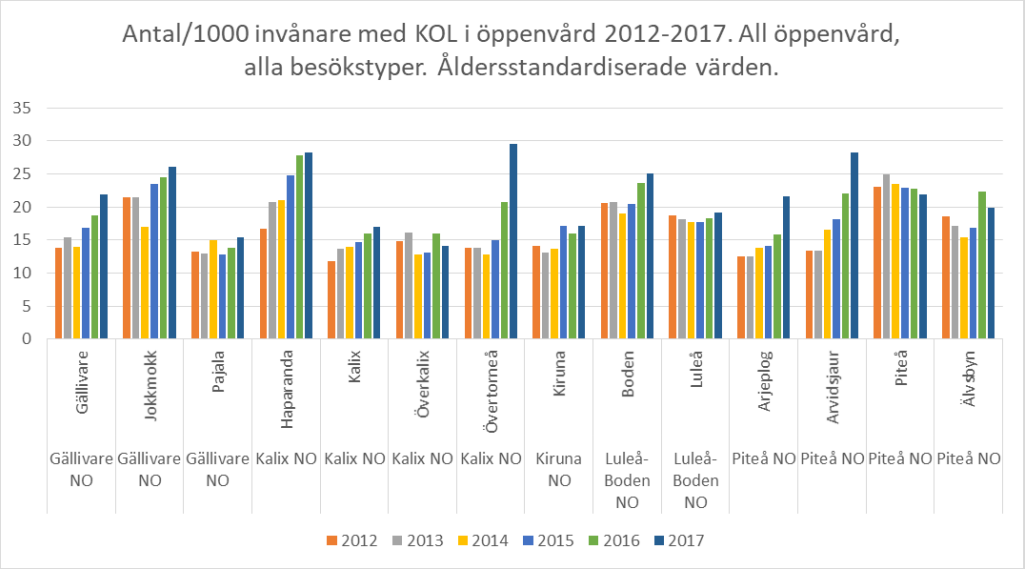
	40-64 år	79848	504	6	0,6 %
	65 år och äldre	59297	2208	37	3,7 %
	Summa:	**251192**	**2729**	**11**	**1,1 %**

Källa: Datalagret Region Norrbotten

Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Antalet patienter med diagnos i öppenvård för KOL har ökat med 25,2 procent under perioden 2012-2017[41]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnoser inom primärvård (och ska tolkas med försiktighet). Mest har antalet patienter med öppenvårdsbesök för KOL ökat bland befolkningen i Gällivare närsjukvårdsområde. Luleå-Boden och Piteå närsjukvårdsområde har den högsta andelen personer med KOL under hela perioden. Skillnaderna över tid är förhållandevis små, mellan närsjukvårdsområdena. Befolkningen i Haparanda, Piteå och Jokkmokk har den högsta förekomsten av öppenvårdsbesök för KOL över tid. Även Boden, Arvidsjaur och Älvsbyn har förhållandevis många öppenvårdsbesök sammantaget. Övertorneå och Arvidsjaur har många öppenvårdsbesök med diagnosen KOL under 2017.



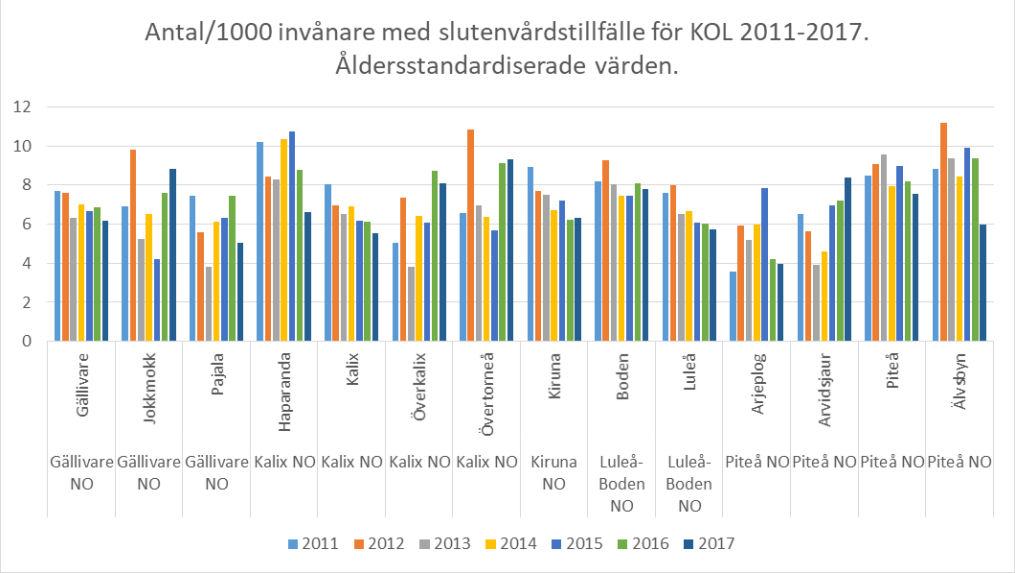
Källa: Datalagret Region Norrbotten

Specialiserad slutenvård

Rapporten visar hur många av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle för KOL presenterat/1000 invånare. Totalt

[41] Från 2178 unika patienter till 2727.

har ungefär 0,3 procent av befolkningen ett vårdtillfälle för KOL[42]. I åldersgruppen över 65 år, 1,3 procent av befolkningen. Förekomsten av vårdtillfällen för KOL varierar en del, men en generell minskning ses. Över tid är det vanligast bland befolkningen i Älvsbyn, Haparanda, Piteå och Boden. Mellan närsjukvårdsområden är skillnaden liten över tid.



Källa: Datalagret Region Norrbotten

[42] 90 procent av de som slutenvårdats är 65 år eller äldre. 52 procent av de som vårdats är kvinnor.

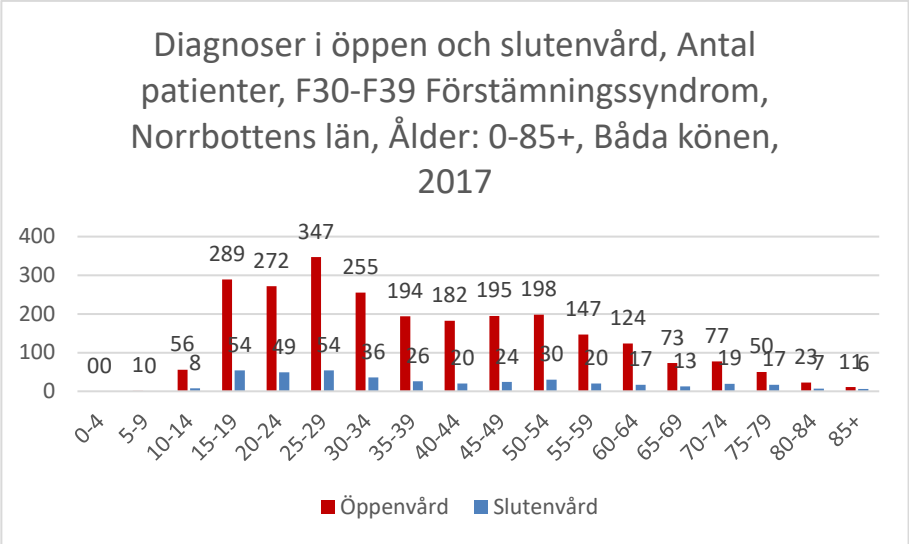
7. Lättare psykisk ohälsa

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män. Uppskattningsvis drabbas cirka 25 procent av befolkningen av ett ångestsyndrom, och hos vuxna är det två till tre gånger så vanligt hos kvinnor jämfört med män. Bland barn innan puberteten förekommer ångestsyndrom hos cirka 10 procent och är lika vanliga hos pojkar som hos flickor. Många av de som drabbas av depression eller ångest är i arbetsför ålder. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet (inklusive anpassningsstörning och reaktion på svår stress) ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige. Både när det gäller depression och ångestsyndrom finns skiftande allvarlighetsgrader, men även vid mindre allvarlighetsgrad innebär tillståndet ofta att personen får försämrad livskvalitet och svårigheter att klara såväl vardags- som arbetsliv. Även närståendes liv kan påverkas i hög utsträckning. Det är därför viktigt med adekvat och tidig behandling för att så långt möjligt förhindra funktionsnedsättning, risk för långvarig sjukdom och återinsjuknande. Vid både depression och ångestsyndrom finns ökad risk för suicidtankar och suicidförsök, vilket också kräver att vården under hela sjukdomsförloppet behöver vara lättillgänglig och ha hög kontinuitet. Personer med depression och ångestsyndrom har också större risk än normalbefolkningen att drabbas av kroppsliga (somatiska) sjukdomar. Det är dessutom vanligare att personer med långvariga sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärt -kärlsjukdom eller stroke, drabbas av depression och ångest[43].

Uppgifter från Patientregistret

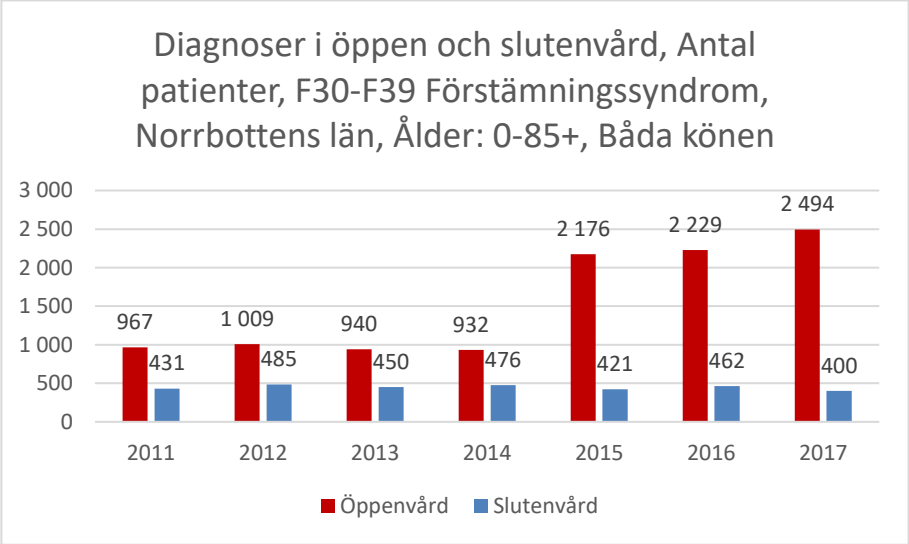
2017 fick 2494 personer i Norrbotten huvuddiagnoskoden förstämningssyndrom (F30-F39) i öppenvården, 400 personer i slutenvården enligt det rikstäckande Patientregistret (inte inkluderande primärvården). Förekomsten är högre bland yngre och medelålders. Majoriteten vårdas i öppenvård.

[43] Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Socialstyrelsen (2017).



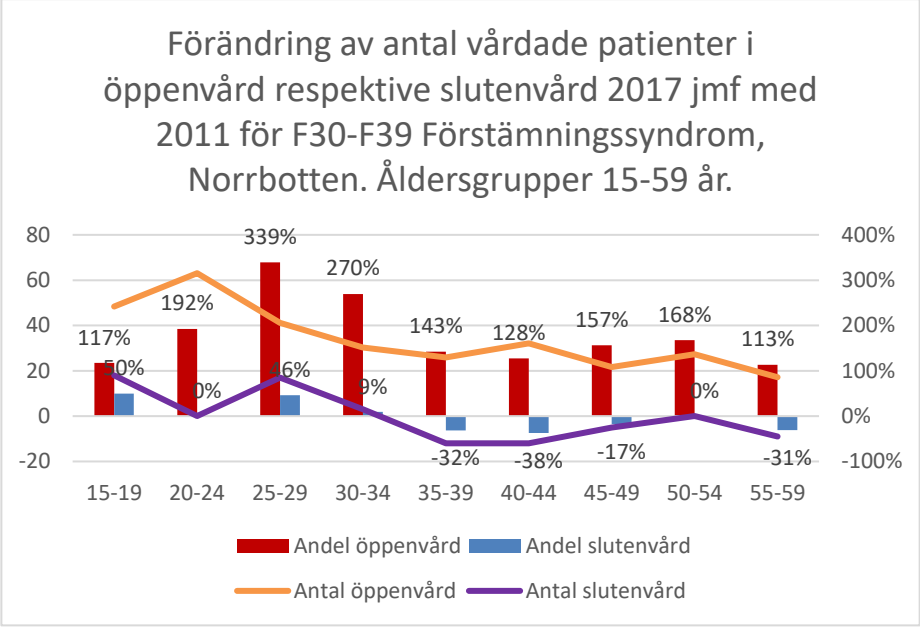
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för huvuddiagnos förstämningssyndrom har minskat med -31 personer eller -7 procent i Norrbotten från 2011-2017 (från 431 unika patienter till 400). Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård för diagnosen har ökat med 158 procent under samma period (från 967 unika patienter till 2494). Det är lite osäkert i vilken utsträckning ökningen återger en förbättrad inrapportering, eller en faktisk ökning (med tanke på den stora förändringen i öppenvård mellan 2014 och 2015).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 15-59 år (där den största antalsmässiga förändringen ses). En påtaglig ökning av antal patienter ses i öppenvården, i synnerhet i åldern 25-29 år. Inom öppenvården ses totalt en ökning med 176 procent. Inom slutenvården är andelen oförändrad mellan 2011-2017. I de yngsta åldersgrupperna ökar antalet som slutenvårdats, i åldersgruppen från 35 år ses en minskning (undantaget 50-54 år). Det är lite osäkert i vilken utsträckning ökningen i öppenvård mellan 2011-2017 återger en förbättrad inrapportering, eller en faktisk ökning.

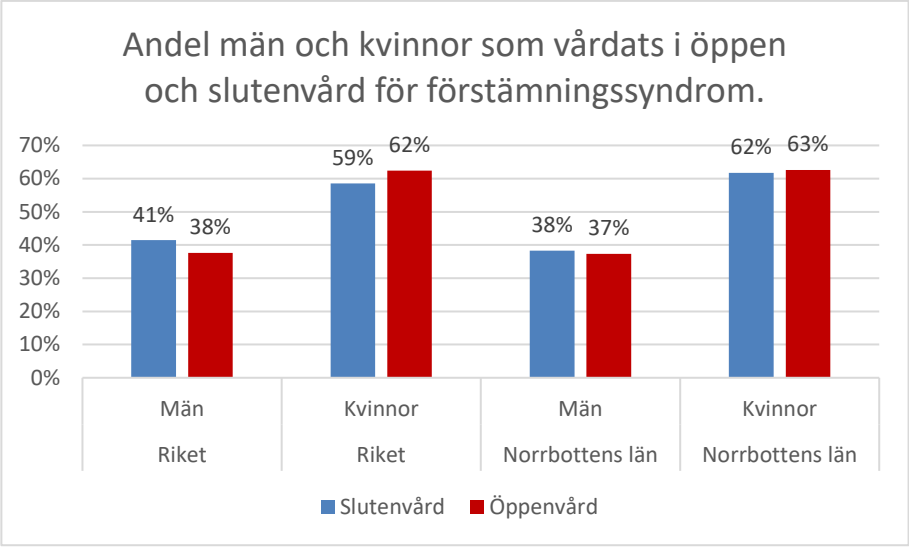


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

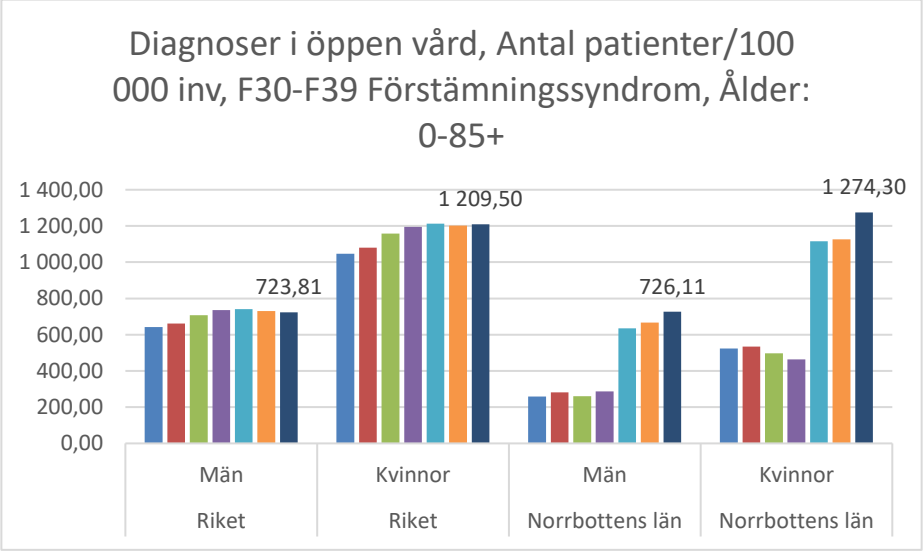
Antalet personer som diagnosticerats med förstämningssyndrom varierar mellan män och kvinnor. 2017 var andelen kvinnor med förstämningssyndrom i slutenvård 62 procent i Norrbotten och 59 procent i Riket. Inom öppenvården vårdas kvinnor (63 procent) och män (37 procent) i Norrbotten vilket är ungefär lika stora andelar som i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört med Riket

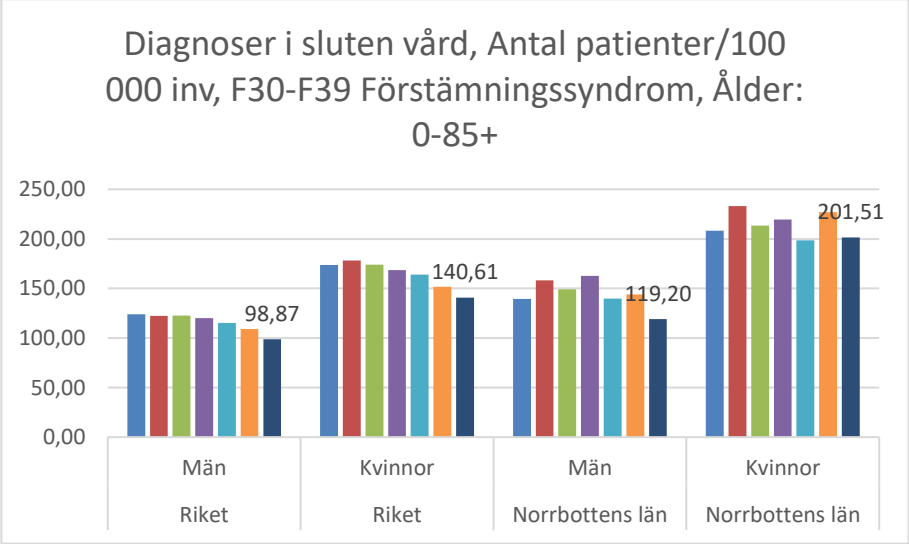
Diagrammet nedan visar antalet patienter/100 000 invånare med huvuddiagnos förstämningssyndrom inom specialiserad öppenvård. 2017 är antalet patienter/100 000 invånare med diagnos förstämningssyndrom i specialiserad öppenvård högre i Norrbotten (993 patienter/100 000 invånare) än i Riket (965 patienter/100 000 invånare). Både män (726 patienter/100 000 invånare) och kvinnor (1274 patienter/100 000 invånare) i Norrbotten har fler öppenvårdsbesök med diagnoserna förstämningssyndrom än i Riket (jmf män 723 patienter/100 000 invånare och kvinnor 1209 patienter/100 000 invånare). Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 662-1300/100 000 invånare 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört med Riket

2017 är antalet patienter/100 000 invånare med förstämningssyndrom i specialiserad slutenvård högre i Norrbotten (159 patienter/100 000 invånare) än i Riket (119 patienter/100 000 invånare). Fler män i Norrbotten har slutenvårdats för förstämningssyndrom/100 000 invånare än i Riket (119 patienter/100 000 invånare, att jämföra med 98 patienter/100 000 invånare). Bland kvinnor ses att antalet patienter med slutenvårdstillfälle/100 000 invånare i Norrbotten (201 patienter/100 000 invånare) mycket högre än i Riket (140 patienter/100 000 invånare). Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 73-203/100 000 invånare 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med diagnoser på lättare psykisk ohälsa[44] i Region Norrbotten har 6,3 procent av befolkningen (15 882 unika patienter[45]) ett öppenvårdstillfälle 2017. Störst andel ses i de yngre åldersgrupperna, 9,2 procent i åldersgruppen 15-24 år, 11,2 procent i åldersgruppen 25-39 år.

12 047 (66 procent) besökte primärvård, 3 835 patienter (24 procent) besökte specialiserad öppenvård.

---

[44] En något vidare diagnosbild följs i Datalagret, Region Norrbotten, än i Patientregistret. Förstämningssyndrom (F30-F39) tillsammans med diagnoserna ångest, reaktion på svår stress och övriga syndrom (F40 – F43) (huvud- och bidiagnos).

[45] 66 procent är kvinnor, 50 procent är 0-39 år.

Antal/1000 invånare med lättare psykisk ohälsa fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År ut	Åldersgrup-per	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	0-14 år	38694	293	8	0,8 %
	15-24 år	29170	2689	92	9,2 %
	25-39 år	44183	4942	112	11,2 %
	40-64 år	79848	5784	72	7,2 %
	65 år och äldre	59297	2174	37	3,7 %
2017	**Summa:**	**251192**	**15882**	**63**	6,3 %

Källa: Datalagret Region Norrbotten

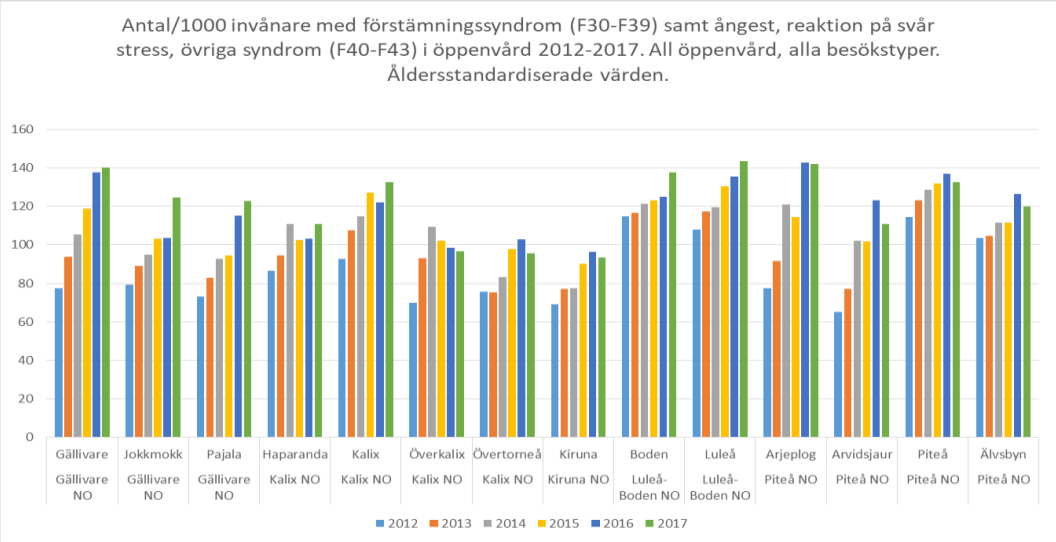
Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Antalet patienter med diagnos i öppenvård för lättare psykisk ohälsa har ökat med 33 procent under perioden 2012-2017[46]. Delar av denna ökning kan vara en ökad registrering av diagnoser inom primärvård (och ska tolkas med försiktighet).

Mest har antalet patienter med öppenvårdsbesök för lättare psykisk ohälsa ökat bland befolkningen i Gällivare närsjukvårdsområde. Luleå-Boden och Piteå närsjukvårdsområde har den högsta andelen personer med lättare psykisk ohälsa under hela perioden. Minsta andelen ses i Kiruna närsjukvårdsområde. Befolkningen i Luleå, Boden, Piteå och Älvsbyn har den högsta förekomsten av öppenvårdsbesök för lättare psykisk ohälsa över tid. Även Arjeplog och Gällivare har förhållandevis många öppenvårdsbesök 2016, 2017.

[46] Från 11920 unika patienter till 15882.

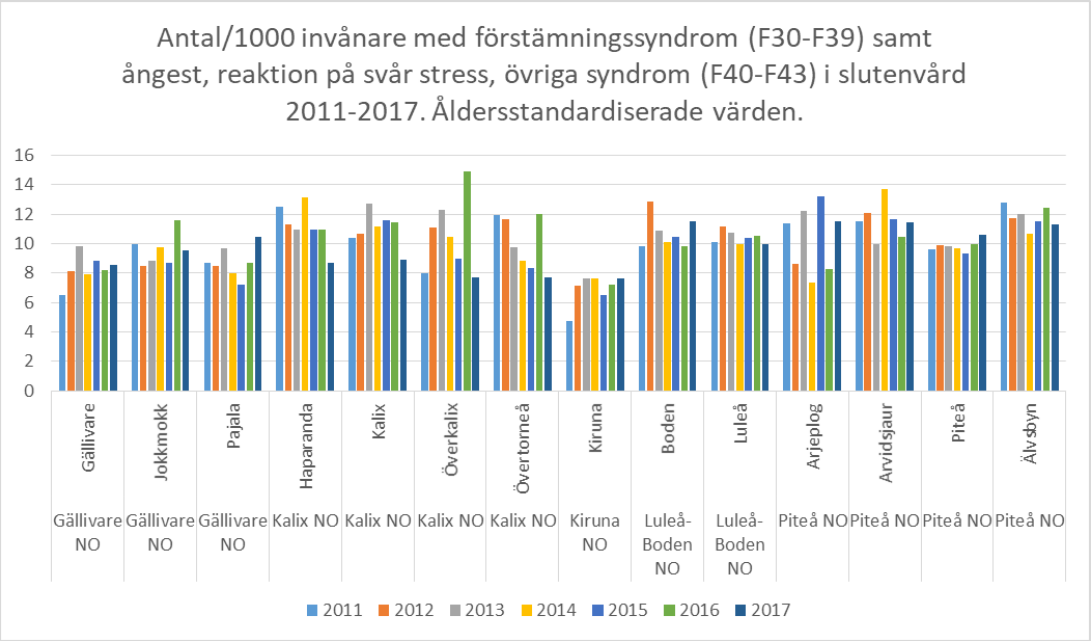


Specialiserad slutenvård

Diagrammet nedan visar hur många av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle för lättare psykisk ohälsa, presenterat/1000 invånare. Totalt har ungefär 1,2 procent av befolkningen ett vårdtillfälle för lättare psykisk ohälsa 2017[47], eller 2 971 personer. Av dem har 2 263 personer har ett vårdtillfälle med någon av diagnoserna som hör till kategorin lättare psykisk ohälsa, som huvuddiagnos.

Förekomsten av vårdtillfällen är stabil över tid. En liten minskning på - 2 procent ses mellan 2011-2017. Över tid är det vanligast med vårdtillfällen för lättare psykisk ohälsa bland befolkningen i Piteå närsjukvårdsområde, följt av Boden och Kalix närsjukvårdsområden. Minst vanligt är det i Kiruna närsjukvårdsområde. Älvsbyn, Kalix och Haparanda har flest vårdtillfällen för lättare psykisk ohälsa i sin befolkning över tid.

[47] 55 procent av de som slutenvårdats är 0-39 år. 65 procent av de som vårdats är kvinnor.


Antal/1000 invånare med förstämningssyndrom (F30-F39) samt ångest, reaktion på svår stress, övriga syndrom (F40-F43) i slutenvård 2011-2017. Åldersstandardiserade värden.
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gällivare
Jokkmokk
Pajala
Haparanda
Kalix
Överkalix
Övertorneå
Kiruna
Boden
Luleå
Arjeplog
Arvidsjaur
Piteå
Älvsbyn
Gällivare NO
Gällivare NO
Gällivare NO
Kalix NO
Kalix NO
Kalix NO
Kalix NO
Kiruna NO
Luleå-Boden NO
Luleå-Boden NO
Piteå NO
Piteå NO
Piteå NO
Piteå NO
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017

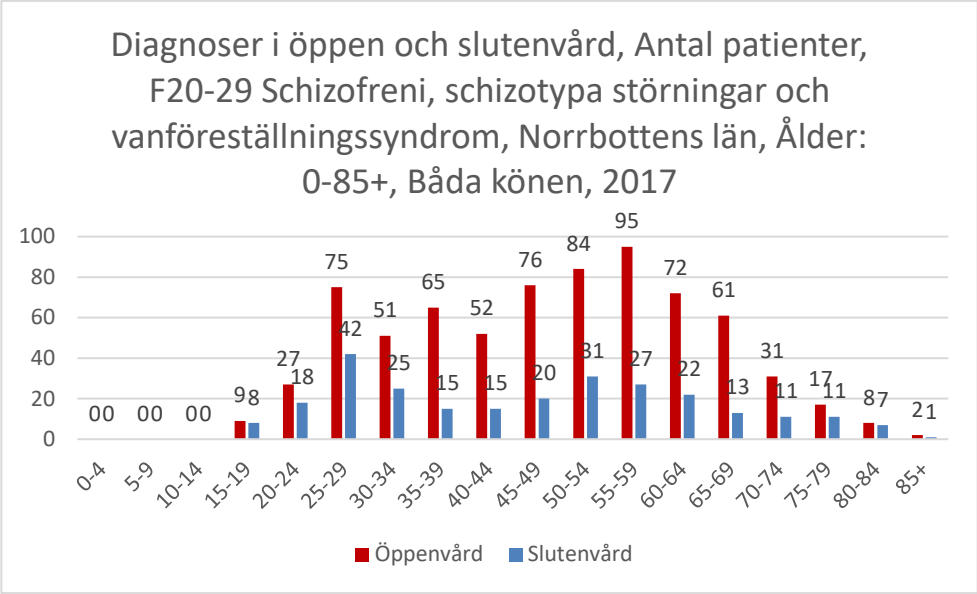
8. Tyngre psykisk ohälsa

Varje år insjuknar 1 500–2 000 personer i psykos i Sverige, och cirka 30 000–40 000 personer i Sverige har diagnosen schizofreni. Förekomsten i befolkningen är cirka 0,4 procent, men högre i storstadsområden med hög andel utlandsfödda samt i områden med låg socioekonomisk status. Endast 6–7 procent av gruppen hade ett arbete på den öppna arbetsmarknaden vid uppföljning år 2015. Det innebär att det stora flertalet lever på sjuk- eller aktivitetsersättning eller annat ekonomiskt stöd från samhället, vilket i sin tur innebär en mycket låg inkomst. Medellivslängden för personer med schizofreni är omkring 15 år kortare än hos befolkningen i övrigt. Den förkortade livslängden för personer med psykisk sjukdom beror i stor utsträckning på somatiska sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Att drabbas av schizofreni eller liknande tillstånd i Sverige i dag innebär därmed utöver psykisk och fysisk ohälsa i många fall att bli marginaliserad både socialt och ekonomiskt. I ett tidigt skede av psykossjukdom finns stora möjligheter att vända utvecklingen och stödja individen att återhämta sig. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför erbjuda samordnade insatser för personer som för första gången insjuknar i psykos. Insatser som bör ingå är exempelvis antipsykotisk läkemedelsbehandling, psykologisk behandling, stöd till närstående och studie- eller arbetsrehabilitering. Dessa insatser bidrar till att de som får insatserna kommer igång med att studera eller arbeta, vilket i sin tur kan bidra till fortsatt tillfrisknande[48].

Uppgifter från Patientregistret

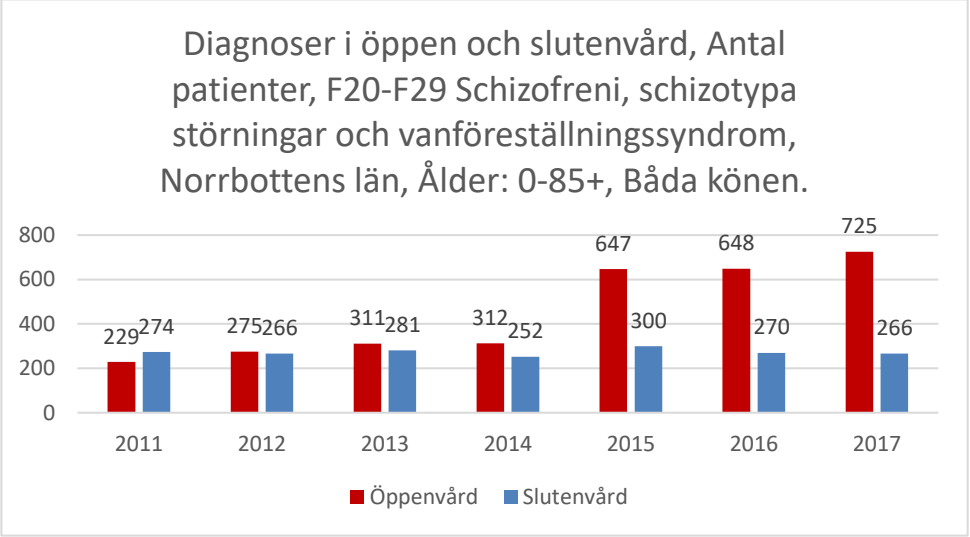
2017 fick 725 personer i Norrbotten huvuddiagnoskoden schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom, (F20-F29) i öppenvården, 266 personer i slutenvården enligt det rikstäckande Patientregistret (inte inkluderande primärvården). Förekomsten är högre bland yngre (25-29 år) och bland medelålders. Majoriteten vårdas i öppenvård.

[48] Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018).



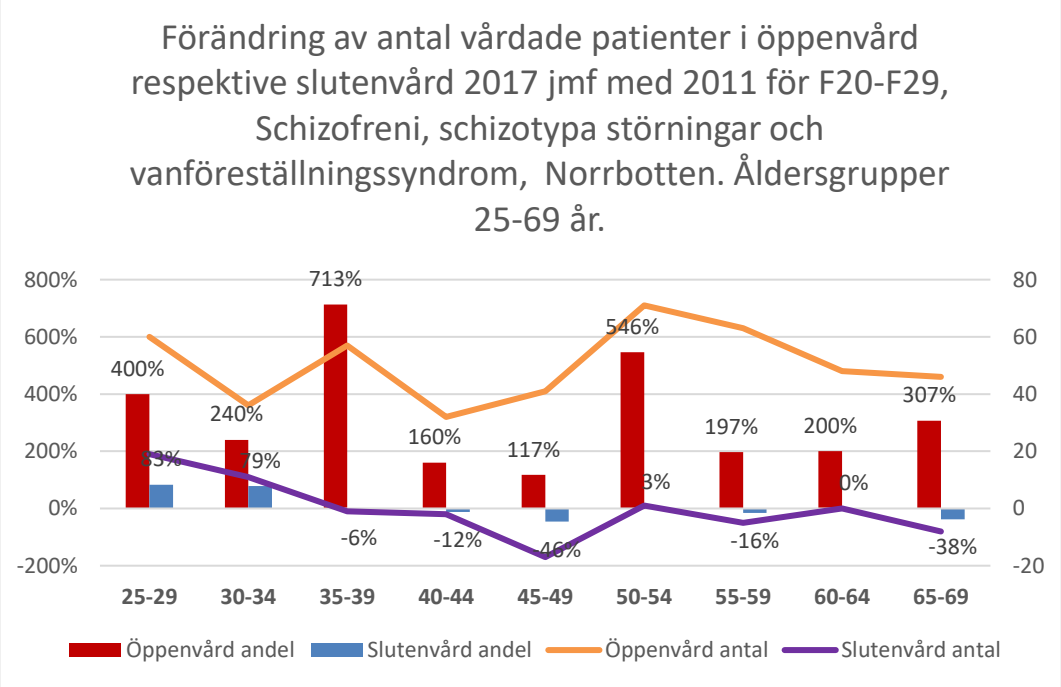
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Antalet patienter som vårdats i specialiserad slutenvård för huvuddiagnos schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom har minskat med -8 personer eller -3 procent i Norrbotten från 2011-2017 (från 274 unika patienter till 266). Antalet patienter som vårdats i specialiserad öppenvård för diagnoserna har ökat med 217 procent under samma period (från 229 unika patienter till 725). Det är lite osäkert i vilken utsträckning ökningen återger en förbättrad inrapportering, eller en faktisk ökning (med tanke på den stora förändringen i öppenvård mellan 2014 och 2015).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagrammet nedan visar förändring (minskning, ökning) av antal vårdade patienter i öppen- respektive slutenvård mellan 2011-2017 bland de som är 25-69 år (där den största antalsmässiga förändringen ses). En påtaglig ökning av antal patienter ses i öppenvården i alla åldrar, i synnerhet i åldern 35-39 och 50-54 år. Inom öppenvården ses totalt en ökning med 217 procent. Inom slutenvården är andelen stabil mellan 2011-2017 (-2 procent). Det är lite osäkert i vilken utsträckning ökningen i öppenvård mellan 2011-2017 återger en för bättrad inrapportering, eller en faktisk ökning.

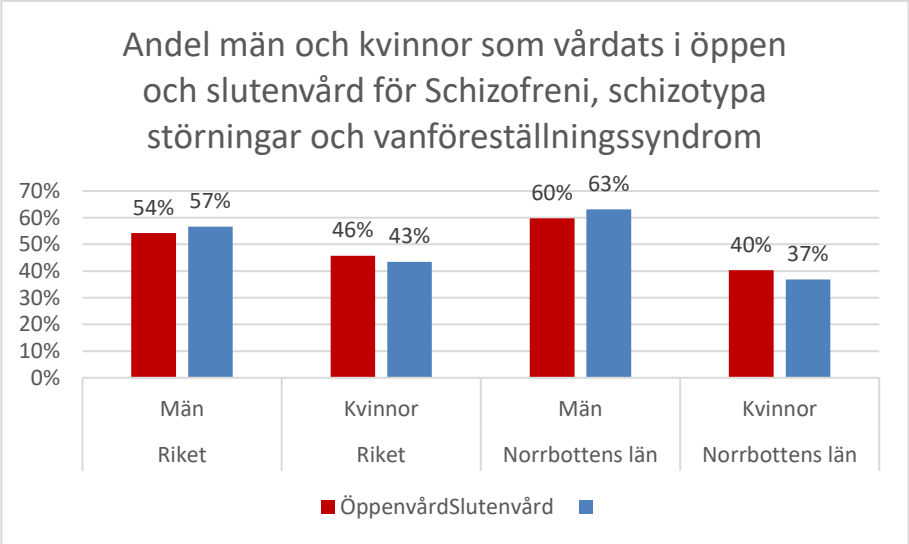


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret, Norrbotten jämfört med Riket

Könsfördelning öppen- och slutenvård

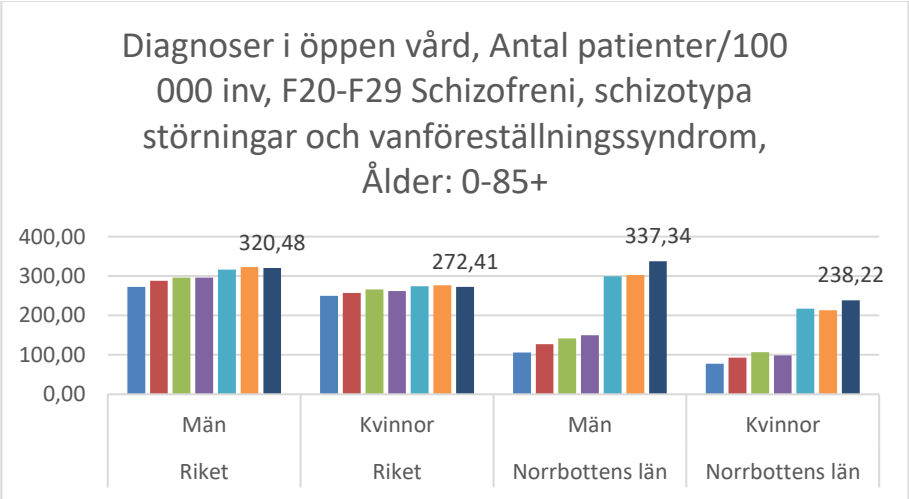
Antalet personer som diagnosticerats med schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndromvarierar mellan män och kvinnor. 2017 var andelen män med schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom i slutenvård 63 procent i Norrbotten och 57 procent i Riket. Inom öppenvården vårdas 60 procent män i Norrbotten att jämföra med 54 procent i Riket.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Öppenvård jämfört Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 160-367/100 000 invånare med tyngre psykisk ohälsa i specialiserad öppenvård (2017). I Norrbotten är antalet patienter något lägre (288 patienter/100 000 invånare) än i Riket (296 patienter/100 000 invånare). Fördelningen av antal patienter/100 000 invånare bland män och kvinnor framgår av diagrammet nedan.



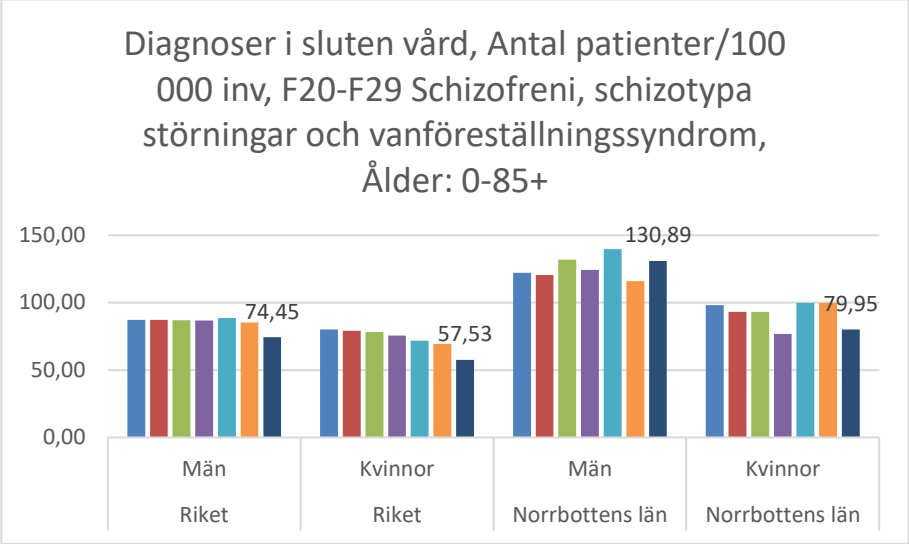
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutenvård jämfört med Riket

Mellan regionerna varierar antalet patienter mellan 42-106/100 000 invånare med tyngre psykisk ohälsa i slutenvård (2017). I Norrbotten vårdades flest patienter i slutenvård för tyngre psykisk ohälsa (106 patienter/100 000 invånare) jämfört med i Riket (66 patienter/100 000 invånare).

Fler män i Norrbotten har ett vårdtillfälle med huvuddiagnos schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom/100 000 invånare än i Riket (130 patienter/100 000 invånare, att jämföra med 74 patienter/100 000 invånare i Riket). Det är högst i Riket. Bland kvinnor ses att antalet patienter

med slutenvårdstillfälle/100 000 invånare också ligger högre än i Riket, Norrbotten har Rikets andra högsta värde (2017).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter från Datalagret Norrbotten, öppenvård

Om man tittar på all öppenvård (primär- och specialiserad vård) med diagnoser schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom i Region Norrbotten har 0,5 procent av befolkningen (1 266 unika patienter[49]) ett öppenvårdstillfälle 2017. Störst antal ses i åldersgrupperna 40-64 år.

542 patienter (43 procent) besökte primärvård, 724 patienter (57 procent) besökte specialiserad öppenvård.

Antal/1000 invånare med schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom fördelat på ålder, totalt. Alla besökstyper, all öppenvård.

År ut	Åldersgrupp	Folkmängd	Antal med diagnos	Antal per 1000	Procent
2017	15-24 år	29170	68	2	0,2 %
	25-39 år	44183	285	6	0,6 %
	40-64 år	79848	602	8	0,8 %
	65 år och äldre	59297	311	5	0,5 %
2017	**Summa:**	**251192**	**1266**	**5**	0,5 %

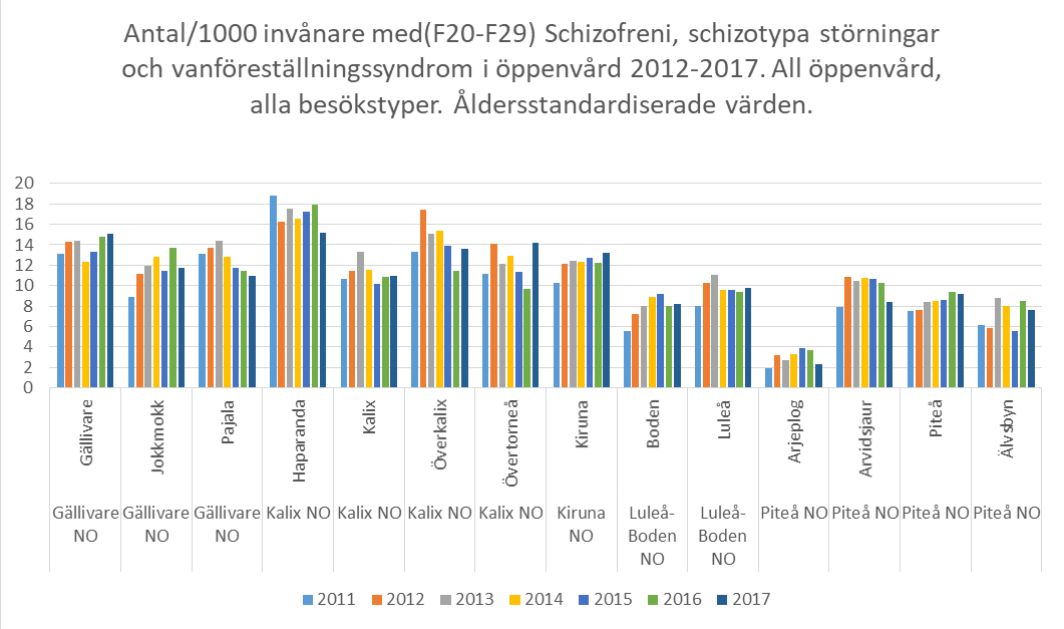
Källa: Datalagret Region Norrbotten

[49] 54 procent är män, 47 procent är 40-64 år.

Geografisk spridning i länet

Öppenvård

Antalet patienter med diagnos i öppenvård för tyngre psykisk ohälsa ligger stabilt under perioden 2012-2017[50]. Kalix närsjukvårdsområde och Gällivare närsjukvårdsområde har den högsta andelen personer med tyngre psykisk ohälsa under hela perioden. Minsta andelen ses i Luleå-Boden närsjukvårdsområde. Befolkningen i Överkalix, Haparanda och Gällivare har den högsta förekomsten av öppenvårdsbesök för tyngre psykisk ohälsa över tid.



Specialiserad slutenvård

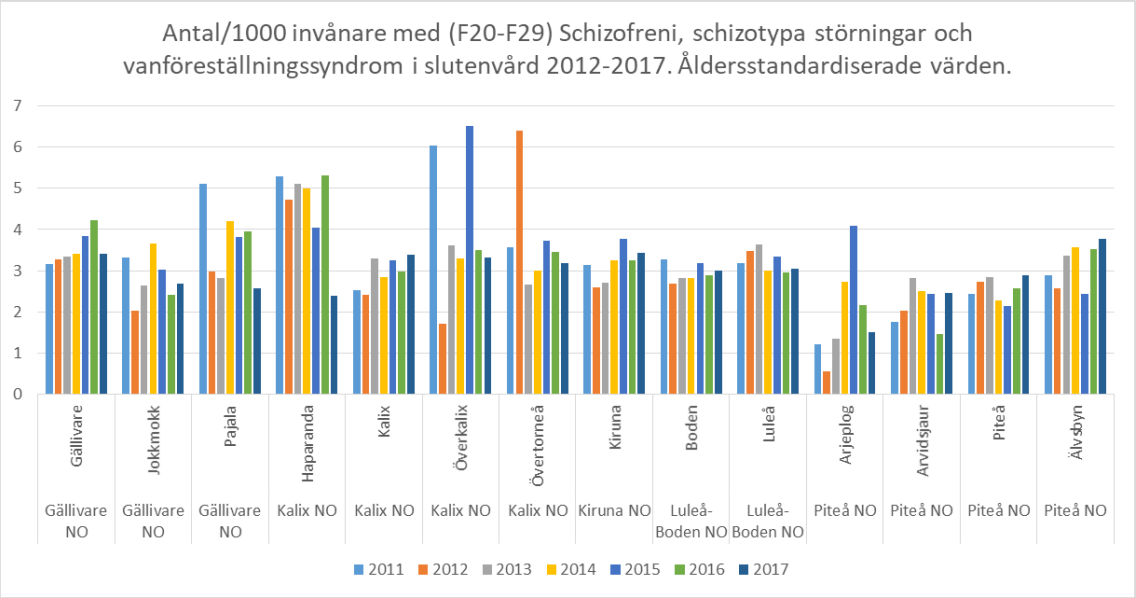
Diagrammet nedan visar hur många av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 haft ett vårdtillfälle för tyngre psykisk ohälsa, presenterat/1000 invånare. Totalt har ungefär 0,1 procent av befolkningen ett vårdtillfälle för tyngre psykisk ohälsa 2017[51], eller 378 personer.

Över tid är det vanligast med vårdtillfällen för tyngre psykisk ohälsa bland befolkningen i Kalix närsjukvårdsområde, följt av Gällivare närsjukvårdsområden. Minst vanligt är det i Luleå-Boden närsjukvårdsområde. Överkalix och Haparanda har flest vårdtillfällen för tyngre psykisk ohälsa i sin befolkning över tid.

---

[50] Från 1243 unika patienter 2012 till 1266 2017.

[51] 55 procent av de som slutenvårdats är 0-39 år. 65 procent av de som vårdats är kvinnor.

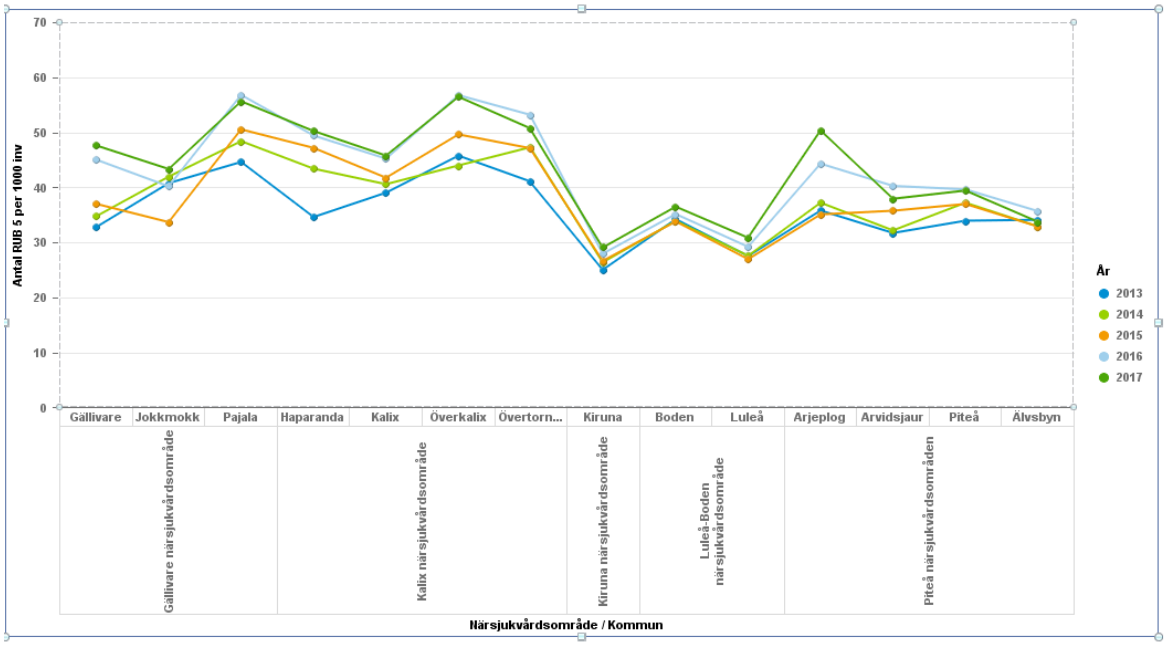

Antal/1000 invånare med (F20-F29) Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom i slutenvård 2012-2017. Åldersstandardiserade värden.
7
6
5
4
3
2
1
0
Gällivare
Jokkmokk
Pajala
Haparanda
Kalix
Överkalix
Övertorneå
Kiruna
Boden
Luleå
Arjeplog
Arvidsjaur
Piteå
Älvsbyn
Gällivare NO
Gällivare NO
Gällivare NO
Kalix NO
Kalix NO
Kalix NO
Kalix NO
Kiruna NO
Luleå-Boden NO
Luleå-Boden NO
Piteå NO
Piteå NO
Piteå NO
Piteå NO
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017

9. Vårdtunga och multisjuka

Rapporten visar hur många av respektive kommuns befolkning som under 2011-2017 var definierade som multisjuka/vårdtunga, definierat enligt klassificeringen RUB 5. Indelningen bygger på ACG (Adjusted Clinical Groups) och diagnoser satta under de senaste 18 månaderna i både primär- och specialiserad vård. RUB (Resource Utilization Bands) graderar förväntad resursåtgång för varje patient. RUB-indelningen grupperar patienterna i 6 grupper där 0 står för ingen registrerad sjuklighet under perioden, medan RUB 5 visar den sjukaste delen av befolkningen, motsvarande ca 2 procent. Antalet vårdtunga/multisjuka kan ses som en viktig indikator över var det kan finnas behov av insatser/vård ur ett befolkningsperspektiv.

Antalet personer kategoriserade i RUB 5 har ökat över tid. 2013 låg antalet RUB 5 på drygt 8000 personer i Norrbotten, 2017 cirka 9 500. En ökning ses årligen under perioden. Cirka 51 procent av dem som tillhör RUB 5 är män. Ungefär 74 procent är 65 år och äldre, merparten över 75 år. Majoriteten av personer kategoriserade i RUB 5 återfinns i Kalix närsjukvårdsområde, tillsammans med Pajala kommun. Materialet är inte åldersstandardiserat.

Andel per 1000 med RUB 5



Bilaga

Primärvårdsuppföljning via Uppföljningsportalen

Norrbotten har sedan 2018 en digital Uppföljningsportal för primärvården. Kroniska sjukdomar är klassificerade på två sätt i Uppföljningssportalen.

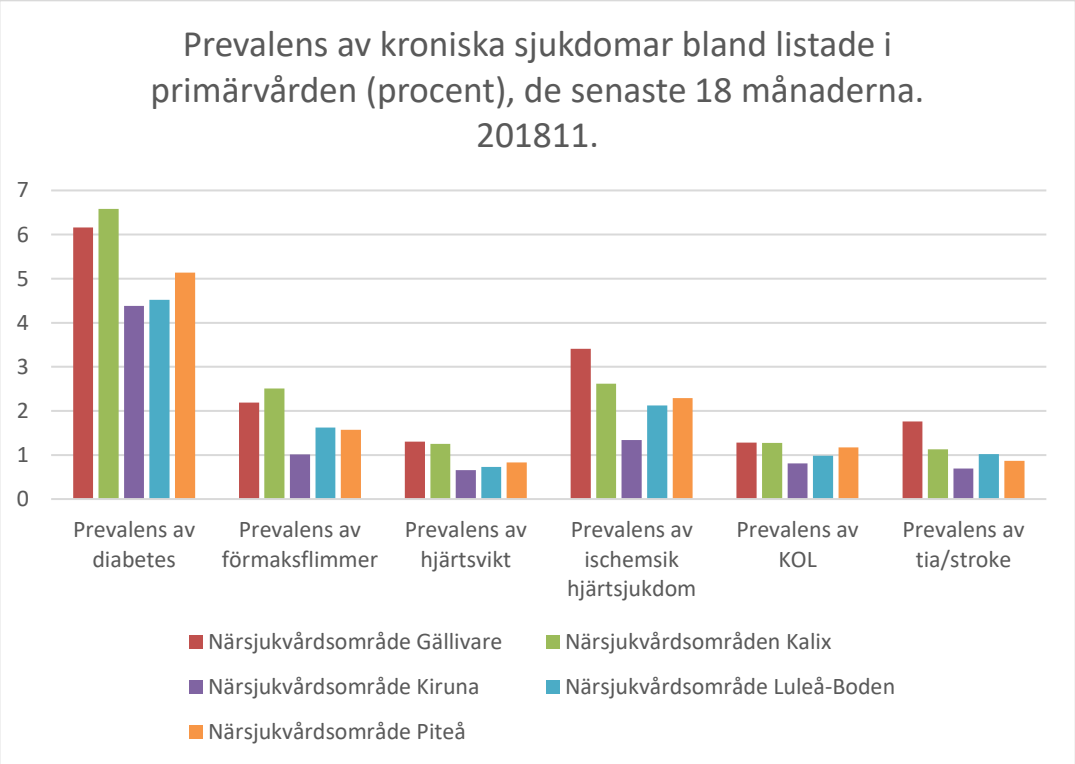
Kronisk sjukdom definition 1: Artros, astma, bensår, demens, depression/ångest, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, KOL, kranskärlssjukdom, TIA/Stroke, blodtryck.

Kronisk sjukdom definition 2: diabetes, förmaksflimmer. Hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL och TIA/Stroke.

Nedan anges vilka definitioner som avses, i respektive diagram.

Förekomst av kronisk sjukdom i primärvården

Förekomsten (prevalensen) av hjärtkärlrelaterade diagnoser är högre i närsjukvårdsområden i Kalix och Gällivare. Detsamma gäller diabetes. KOL är förhållandevis jämt fördelat i olika närsjukvårdsområden men med en liten övervikt i Kalix och Gällivare närsjukvårdsområde.

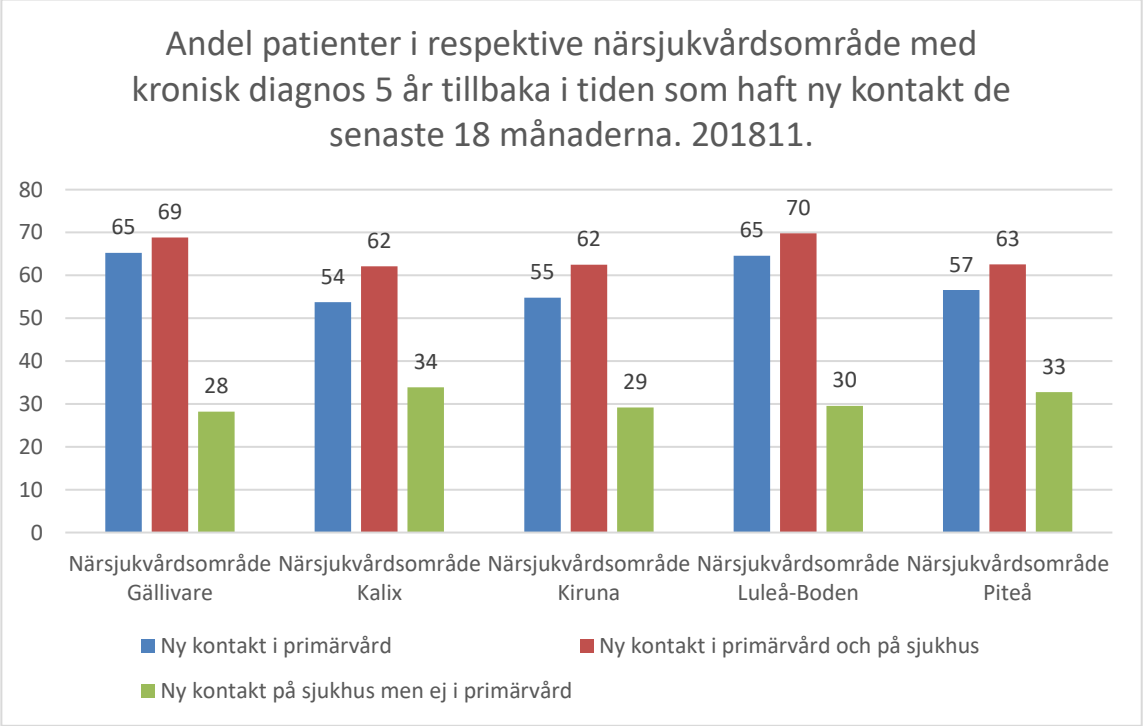


Källa: Uppföljningsportalen. Kronisk sjukdom: diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, KOL och TIA/Stroke.

Kontaktmönster

Nedan visas, andel med kronisk diagnos 5 år tillbaka i tiden som haft ny kontakt de senaste 18 månaderna, i primärvård, på sjukhus eller i primärvård och på sjukhus. Beskrivningen utgår från var man är listad, d v s patientens närsjukvårdsområde.

Vanligast är det att ha en ny kontakt inom 18 månader (överhuvudtaget) bland patienter som tillhör närsjukvårdsområde Gällivare och Luleå-Boden. Att ha en ny kontakt i primärvård är vanligast ibland patienter i närsjukvård Gällivare och närsjukvård Luleå-Boden. Minst vanligt är det i Kalix närsjukvårdsområde. Vanligast med ny kontakt på sjukhus men inte i primärvård är det i Kalix (34 procent) och Piteå närsjukvårdsområde (33 procent). Vanligast med ny kontakt i primärvård och på sjukhus är det bland patienter i närsjukvård i Luleå-Boden (70 procent) och i Gällivare (69 procent).



Källa: Uppföljningsportalen. Kronisk sjukdom: Artros, astma, bensår, demens, depression/ångest, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, KOL, kranskärlssjukdom, TIA/Stroke, blodtryck.

Källförteckning

Folkhälsomyndigheten (2017) Folkhälsan i Sverige 2016, Årlig rapportering

Hjärtrytmrubbningar En skrift om flimmer, fladder och andra rubbningar (Hjärt-Lungfonden)

Kronisk sjukdom i primärvården. Landstingens förutsättningar och diagnos-specifika exempel (SKL 2015).

Myndigheten för Vårdanalys, analysplan 2019.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, Stöd för styrning och ledning (Social-styrelsen 2018).

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, Stöd för styrning och ledning (Social-styrelsen 2018).

Nationella riktlinjer för diabetesvård Stöd för styrning och ledning (Social-styrelsen 2018)

Nationella riktlinjer för vård vid Astma och KOL. Stöd för styrning och led-ning (Socialstyrelsen 2018).

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen 2018).

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom Socialstyrel-sen (2017).

SCB (2019) Prognos för Norrbottens län fram till 2040.

Statistik om stroke 2016 (Socialstyrelsen 2017).

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

Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009.

Registerkällor:
Patientregistret, Socialstyrelsen

Datalagret Region Norrbotten

Uppföljningsportalen, Region Norrbotten

http://analys.vgregion.se/2018/befolkning-i-vastra-gotaland-ny/befolkning2/

http://www.regionfakta.com/norrbottens-lan/befolkning-och-hushall/befolkning/andel-65-ar-och-aldre-av-befolkningen/