

# Årsredovisning 2021 Region Norrbotten. Bilaga produktion, tillgänglighet, jämställdhet och kostnadseffektiv verksamhet

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
Vårdproduktion.....	3
Besök .....	4
Vårdtillfällen.....	5
Operationer .....	5
Tillgänglighet.....	6
Telefontillgänglighet i primärvård.....	6
Medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar .....	7
Förändringar i uppföljning av tillgänglighet i specialiserad vård .....	7
Väntande till specialiserad vård.....	8
Väntande inom barn- och ungdomspsykiatri.....	9
Jämställdhet .....	10
Kostnadseffektiv verksamhet.....	14
Kostnadseffektiv produktion.....	14
Öppenvård jämfört med riket.....	15
Ytterfall i somatisk slutenvård.....	16
Utveckling per sjukhus i Norrbotten.....	17
KPP-kostnader fördelat på kvinnor och män .....	18

## Inledning

I denna bilaga till Region Norrbottens årsredovisning 2021 presenteras resultat inom produktion, tillgänglighet och kostnadseffektiv verksamhet.

## Vårdproduktion

Avser besök och operationer inom Region Norrbotten och privata hälsocentraler

Tabell: Produktion av vård, antal besök och vårdtillfällen

		2021-12	2020-12	Förändr. Antal	För- ändr %
<b>Läkarbesök</b>	Primärvård	279 606	271 800	7 806	2,9 %
	Somatik	214 555	204 419	10 136	5,0 %
	Vuxenpsykiatri	21 409	21 079	330	1,6 %
	Totalt	515 570	497 298	18 272	3,7 %
<b>Besök hos övriga vårdgivarkategorier</b>	Primärvård	442 142	467 551	-25 409	-5,4 %
	Somatik	196 764	179 779	16 985	9,4 %
	Vuxenpsykiatri	77 690	72 515	5 175	7,1 %
	Totalt	716 596	719 845	-3 249	-0,5 %
<b>Totalt antal besök</b>		1 232 166	1 217 143	15 023	1,2 %
<b>varav distanskontakter</b>		210 345	169 868	40 477	23,8 %
<b>Vårdtillfällen</b>	Primärvård	1 452	1 127	325	28,8 %
	Somatik	27 793	27 811	-18	-0,1 %
	Vuxenpsykiatri	2 696	2 768	-72	-2,6 %
	Totalt	31 941	31 706	235	0,7 %
<b>Operationer</b>		12 864	12 656	208	1,6 %

Antalet besök är har ökat med 1,2 procent jämfört med föregående år. Den totala ökningen är 15 023 besök. Vaccinering mot covid-19 är en orsak till ökade besök men även fler som uppsöker vård än tidigare år. Besöken är fortfarande lägre än vid normal produktion (år 2019).

## Besök

Diagram: Läkarbesök inklusive distansbesök

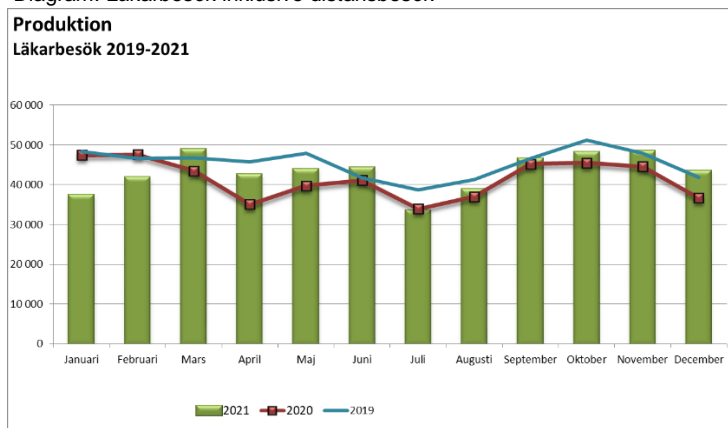
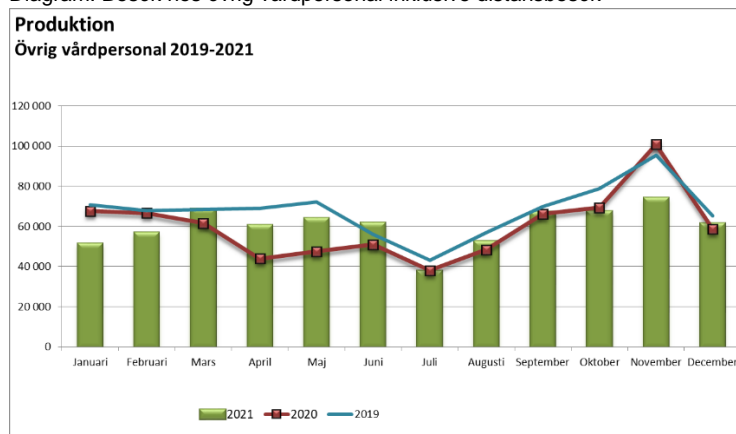


Diagram: Besök hos övrig vårdpersonal inklusive distansbesök



Antalet läkarbesök inklusive distansbesök 2021 har ökat med 3,7 procent (18 272 besök) och antalet besök hos övriga vårdgivare har minskat med 0,5 procent (3 249 besök) jämfört med föregående år.

Antalet fysiska besök hos läkare och övrig vårdpersonal har minskat med 2,4 procent (25 454 besök) medan antalet distansbesök har ökat med 23,8 procent (40 477 besök) för perioden.

Norrbottningarnas besök och distanskontakter sker till 59 procent i primärvården, 33 procent i den somatiska vården och 8 procent i psykiatrin. Andelen distansbesök av totala antalet besök är 17,1 procent.

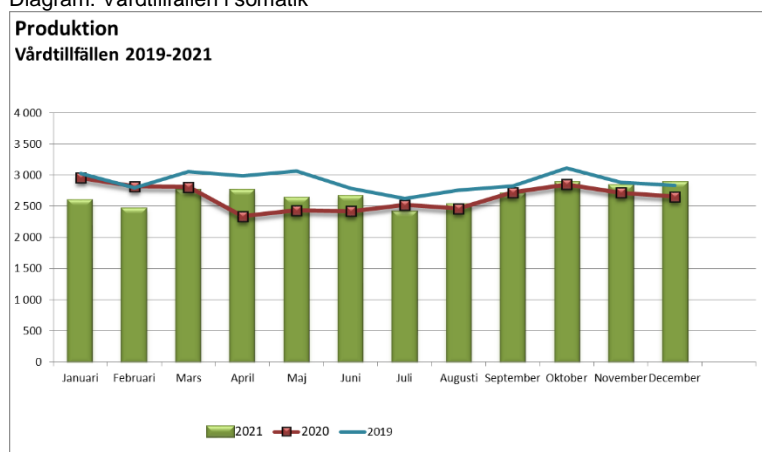
Av de fysiska läkarbesöken i primärvård är det färre akuta nybesök men en ökning av akuta nybesök inom psykiatri och somatisk vård. Planerade nybesök ökar i alla vårdgivarkategorier förutom inom psykiatrin där det är en minskning i de planerade nybesöken. Återbesök ökar i primärvården och i somatisk vård. I psykiatrin minskar återbesöken. Av de fysiska besöken till övriga vårdgivare minskar återbesöken i samtliga vårdgivarkategorier förutom inom somatisk vård där det ökar något. I primärvård är det färre akuta nybesök

och färre planerade nybesök. Inom psykiatri och somatisk vård ökar både planerade nybesök och i akuta nybesök.

Av besöken i primärvård uppgår andelen läkarbesök hos privata hälsocentraler till 17,1 procent och till 14,6 procent för övriga vårdgivarbesök. Under perioden är det 3 319 fler listade personer hos de privata hälsocentralerna jämfört med föregående år. Den stora ökningen beror på att den privata hälsocentralen Hermelinen öppnade under 2021.

## Vårdtillfällen

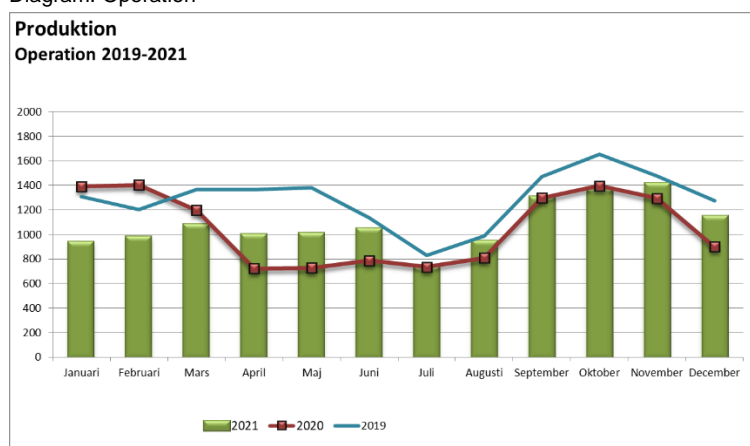
Diagram: Vårdtillfällen i somatik



Antalet vårdtillfällen är 0,7 procent (235 vårdtillfällen) fler jämfört med samma period föregående år. Vårdtillfällena 2021 är fortfarande lägre än vid normal produktion (år 2019).

## Operationer

Diagram: Operation



Antalet genomförda operationer vid operationsenheterna i länet är 1,6 procent fler (208 operationer) jämfört samma period ifjol. Nerdragning av den elektiva operationsverksamheten vid samtliga operationsenheter skedde i slutet på

mars 2020 med anledning av covid-19. Den planerade operationsverksamheten har återupptagit och är under 2021 fler än föregående år men är färre än ett normalår.

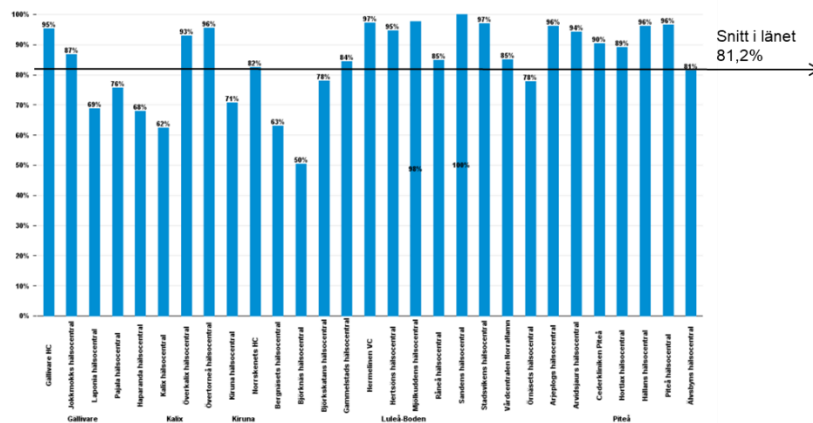
## Tillgänglighet

Vårdens tillgänglighet följs upp i relation till vårdgarantins mål för väntetider till kontakt och åtgärd samt utifrån regionens egna mål för tillgänglighet.

Måluppfyllnaden mäts i procentandelar och målnivån för de flesta tillgänglighetsmått är 100 procent. Utfallet för första tertialen 2021 visar på långa väntetider inom flera områden. Detta är huvudsakligen en följd av coronapandemins omfattande påverkan på hälso- och sjukvårdens verksamheter. Även Folkvandvårdens verksamhet har en omfattande påverkan av coronapandemin och når inte målet om andelen patienter som färdigbehandlas vid ett besök.

## Telefontillgänglighet i primärvård

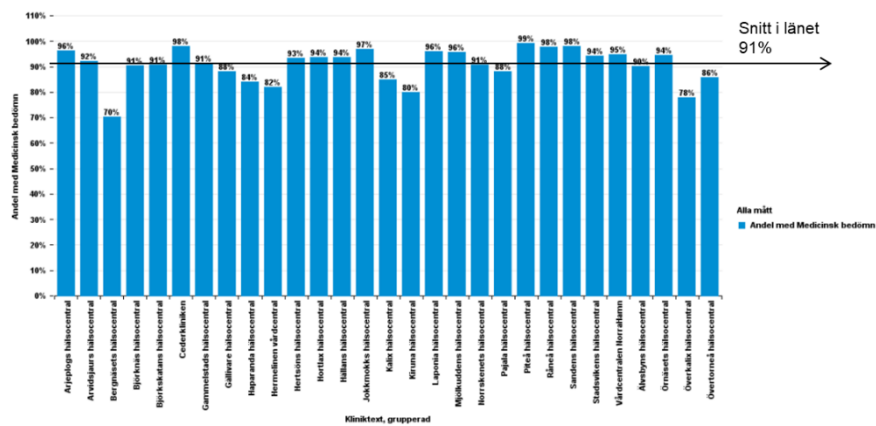
Diagram: Telefontillgänglighet i primärvården för perioden jan-april 2021



Telefontillgängligheten mätt som antalet invånare som fått kontakt med primärvården samma dag som kontakt har sökts uppgick till 81,2 procent i snitt under 2021. Det är en minskning med 2,2 procentenheter jämfört med föregående år. Dock har lanseringen av regionens digitala vårdchatt, Digitalen, bidragit till en förbättrad tillgänglighet vid första kontakt med vården. Motsvarande siffra för riket är 80 procent.

## Medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar

Diagram: Medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar för perioden jan-april 2021



Andelen patienter som har fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar från första kontakt uppgick till 91 procent för både kvinnor och män. Det är 1,7 procentenheter sämre än föregående år. Motsvarande siffra för riket är 85 procent.

### Förändringar i uppföljning av tillgänglighet i specialiserad vård

Den nationella uppföljningen av vårdgarantin har varit begränsad till ett urval av vårdutbud, som har definierats utifrån medicinska specialiteter, operationer, åtgärder och undersökningar med fokus på läkarkontakter. Vårdgarantin är mer omfattande än så och gäller för besök och behandling i all planerad vård inom de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgarantin omfattar alla yrkesgrupper och alla behandlingar.

### Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård

I överenskommelsen om den uppdaterade kömiljarden 2020, ingick att åstadkomma en bredare uppföljning av vårdgarantin och tillgängligheten inom den specialiserade vården.

Modellen för uppföljning syftar till att ge en heltäckande bild av den specialiserade vårdens tillgänglighet ur ett vidare perspektiv och omfattar därför såväl väntande som genomförda kontakter. För att vara så heltäckande som möjligt inkluderas även vistelsetid på akutmottagning. Den skapar en bredare nulägesbild av tillgängligheten som bland annat inkluderar kompetensväxlingar och effektiviseringar som ytterligare förskjutningar mot bästa omhändertagande nivå ur individens behov.

### Verksamhetsnytta

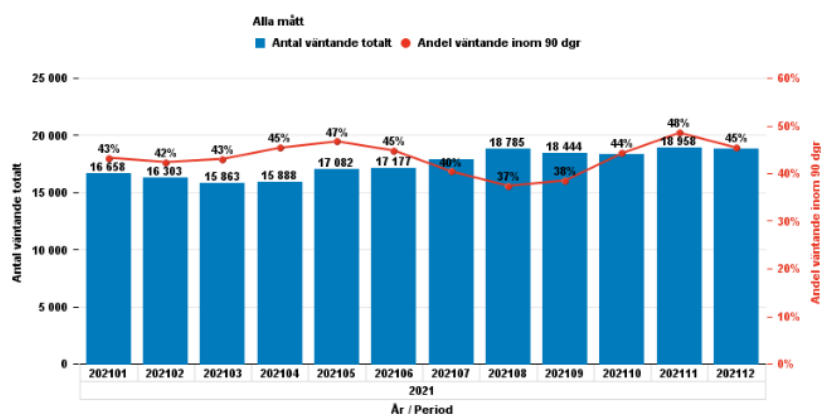
Modellen är generell och syftar till att ge ökad kunskap om vårdens tillgänglighet men ska också vara ett underlag för verksamhetsutveckling. Den har sin utgångspunkt i mätpunkterna, beslut att utföra aktivitet, medicinskt måldatum samt start av aktivitet och beskriver begreppet tillgänglighet ur flera perspektiv såsom form av vårdkontakt, yrkesgrupp och orsak med mera. Den

möjliggör uppföljning av specialiserad vård och vårdgarantin, där undersökning inte ingår, på ett detaljerat sätt både vad gäller väntande såväl som genomförda kontakter. Huvudområdena är Specialiserad somatisk vård, Specialiserad psykiatrisk vård, Tandvård (sjukhustandvård) och Övrig hälso- och sjukvård.

Med anledning till ny modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård kommer ingen jämförelse av föregående år ske då urvalet av vårdutbud har ändrats för år 2021.

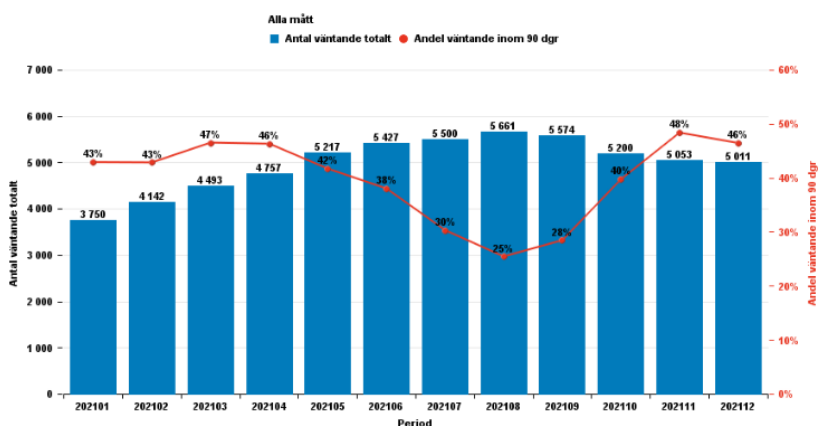
### Väntande till specialiserad vård

Diagram: Andelen patienter som står på väntelista och väntat 90 dagar eller kortare på ett första besök



Andelen patienter som står på väntelista och väntat 90 dagar eller kortare på ett första besök till specialiserad vård uppgick till 45 procent vid utgången av december 2021, vilket är en minskning med tre procentenheter jämfört med föregående månad. Medelvärde för år 2021 för andelen patienter som står på väntelista och väntat 90 dagar eller kortare på ett första besök till specialiserad vård uppgick till 43 procent. Motsvarande siffra för riket är 72 procent.

Diagram: Andel väntande patienter och väntat 90 dagar eller kortare till åtgärd inom specialiserad vård

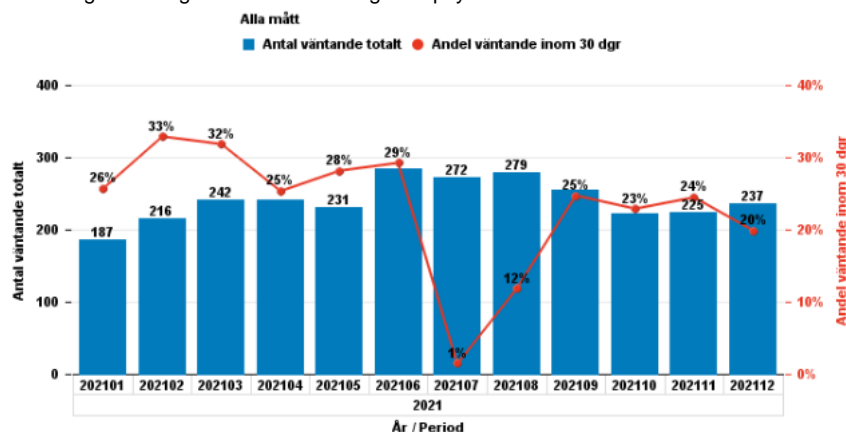




Andel väntande till åtgärd inom specialiserad vård uppgick till 46 procent vid utgången av december 2021, vilket är en nedgång med 2 procentenheter jämfört med föregående månad. Medelvärdet för år 2021 för andelen väntande till åtgärd inom specialiserad vård uppgick till 39 procent. Motsvarande siffra för riket är 60 procent.

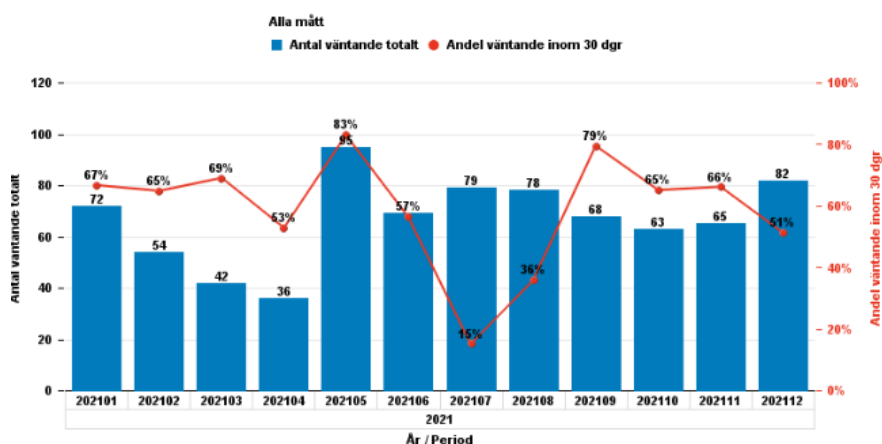
## Väntande inom barn- och ungdomspsykiatri

Diagram: Andel väntande patienter som väntat 30 dagar eller kortare på fördjupad behandling/utredning inom barn- och ungdomspsykiatri



Andel patienter som väntat 30 dagar eller kortare på fördjupad utredning eller behandling uppgick till 20 procent vid utgången av december 2021. En minskning med 4 procentenheter jämfört med föregående månad. Medelvärdet för år 2021 för andelen patienter som väntat 30 dagar eller kortare på fördjupad utredning eller behandling är 23 procent. Medelvärdet för fördjupad utredning ligger på 20 procent, motsvarande siffra för riket är 22 procent. Medelvärdet för behandling ligger på 40 procent där motsvarande siffra för riket är 28 procent.

Diagram: Andel patienter som väntat 30 dagar eller kortare på en första bedömning inom barn- och ungdomspsykiatri



Andel patienter som väntat 30 dagar eller kortare på en första bedömning i barn- och ungdomspsykiatri var 51 procent per december 2021. En nedgång med 16 procentenheter jämfört med januari 2021 och en minskning med 15 procentenheter jämfört med föregående månad. Medelvärdet för år 2021 för patienter som väntat 30 dagar eller kortare på en första bedömning i barn- och ungdomspsykiatri är 59 procent. Motsvarande siffra för riket är 50 procent.

## Jämställdhet

Region Norrbotten har inga egna specifika jämställdhetsmål utan arbetar med jämställdhetsintegrerade mål. Det innebär att alla mål, uppsatta för regionen, bör ha ett jämställdhetsperspektiv. Samtidigt som syftet är att få till arbetet med jämställdhetsintegrerade mål arbetar regionen i linje med regeringens jämställdhetspolitiska mål där det övergripande målet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv. Jämställdhetsintegrering, i kombination med särskilda jämställdhetsåtgärder, är regionens strategi för att arbeta i linje med det nationella jämställdhetsmålet, för att främja mer jämställdhet internt samt för att säkerställa en mer jämställd välfärd för länets medborgare.

Eftersom jämställdhet mellan kvinnor och män skapas där ordinarie beslut fattas, resurser fördelas och normer skapas måste jämställdhetsperspektivet finnas med och beaktas i det dagliga arbetet. Strategin har vuxit fram för att motverka tendensen till att jämställdhetsfrågorna hamnar i skymundan eller sidoordnas andra politiska frågor och verksamheter. Under 2019 och 2020 ingick Region Norrbotten i Sveriges kommuner och regioners första satsning på modellregioner för jämställd styrning och ledning och påbörjade ett utvecklingsarbete för jämställdhetsintegrering av regionens analys, uppföljnings och budgetarbete. Efter avslutat deltagande som modellregion har Region Norrbotten tagit på sig ledartröjan och är idag mentor för nya deltagare i modellkonceptet.

Jämställdhet är ett fortsatt prioriterat område för regionen och det pågår flera satsningar. Bland annat fortsätter arbetet med att stärka upp arbetet med jämställd styrning och struktur där jämställdhet på ett tidigare och tydligare sätt ska integreras i all analys och uppföljningen. Målet är att jämställdhet alltid ska beaktas i de förslag på prioriteringar regionen har där målet är att bidra till mer jämställda förutsättningar, både på internt – och extern nivå.

### *Medborgarnas hälsa*

Norrbotten har landets lägst prognosticerade medellivslängd. Den beräknade återstående medellivslängden för män är 79,6 år, vilket är rikets lägsta resultat. Kvinnor har en beräknad återstående medellivslängd på 83,2 år, också det rikets lägsta resultat (2020). Medellivslängd kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdstater och regioner lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och

sjukvården genom förebyggande arbete och behandling, kan bidra till en ökad livslängd för medborgarna.

Tidigare analyser från bland annat Socialstyrelsen har visat att det till stor del är hjärtkärlsjukdomar som bidrar till regionala skillnader i dödlighet som ses i riket. Trots stora framsteg inom hjärtkärlbehandling och ett kraftigt minskat insjuknande de senaste 20 åren, står hjärtkärlsjukdomar fortfarande för den största sjukdomsbördan i form av förlorade levnadsår. Bortåt en miljon personer har hjärt-kärlsjukdom i Sverige. År 2020 har Norrbotten rikets högsta insjuknande i hjärtinfarkt bland män (598 fall/100 000 invånare och kvinnor (411 fall/ 100 000 invånare). I ett nationellt jämförande perspektiv är skillnaderna stora mellan regionerna.

Det finns alltså fortfarande utrymme för stora förbättringar i Norrbotten. Detta gäller inte minst levnadsvanor. Arbetet med att skapa hälsa innebär således inte enbart om att diagnostisera och behandla sjukdom, utan att ur ett individperspektiv bedriva ett primär- och sekundärpreventivt arbete. Måttet ”Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet” avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som till exempel kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. Indikatorn visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 0-74 år. Det handlar om bland annat dödlighet ischemisk hjärtsjukdom, diabetes och cerebrovaskulär sjukdom (som kan orsaka stroke). Män i Norrbotten har rikets högsta hälsopolitiska åtgärdbara dödlighet och kvinnor rikets fjärde högsta hälsopolitiska åtgärdbara dödlighet.

Undersökningen Hälsa på lika villkor visar att bland kvinnor i Norrbotten har förekomsten av övervikt och fetma ökat från 45 procent 2014 till 51 procent 2018. Ökningen har skett i alla åldersgrupper men är störst i åldersgruppen 16-29 år. Bland männen är 60 procent överviktiga eller feta. Fyra av tio är otillräckligt fysisk aktiva och var 4:e man sitter totalt mer än 10 timmar per dag. Fler män än kvinnor har riskabla alkoholvanor. Fler kvinnor röker (8,5 %) än män (5,8 %) i Norrbotten. Andelen som snusar är högre, både bland män och kvinnor, och norrbottningen äter mindre frukt och grönt än genomsnittet i Sverige. Det gäller framförallt män.

**Indikatorer levnadsvanor vuxna 16-84 år. 2018 års siffror från Norrbottens utökade urval. Riksgenomsnittet inom parentes.**

Indikatorer Levnadsvanor	2018	2018
	Kvinnor	Män
Äter frukt/grönt 3 ggr/dag	24,3 % (29,5 %)	9,2 % (14,3%)
Fysiskt aktiv 150 min/v el.mer	59,5 % (63,6 %)	61,5 % (63,5%)
Stillasittande 10 tim/dag el.mer	16,6 % (18,4 %)	23,7 % (25 %)
Övervikt	32,7 % (30 %)	41,2 % (41,4%)
Fetma	18,3 % (15,1%)	19,2 % (16,2%)
Alkoholriskbruk	9,8 % (13,1 %)	16,9 % (19,6%)
Daglig rökning	8,5 % (7,3 %)	5,8 % (7 %)
Daglig snusning	8,4 % (4 %)	22,5 % (18,3%)

Källa: Folkhälsomyndigheten

I databasen Kolada finns ett index sammanställt för levnadsvanor bland befolkningen i landets regioner. Indexet är sammansatt av indikatorerna invånare med fetma i åldern 16-84 år, invånare 16-84 år med riskabla alkoholvanor, invånare 16-84 år som är stillasittande mer än 7 timmar per dag, invånare 16-84 år som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, invånare 16-84 år som äter grönt och frukt mer än 3 ggr per dag. Norrbotten är sämsta region i riket när det gäller befolkningen levnadsvanor, med jämförelseår 2018. Norrbotten har tilldelats värde 0, i indexet som sträcker sig från 0-100, där 100 är det bästa resultatet. Det innebär att Norrbotten sammantaget är den region i riket med minst gynnsamt utgångsläge, för vårdens förutsättningar att bedriva effektiv vård med utgångspunkt från befolkningens levnadsvanor. Regionen behöver därför fortsätta också med ett mer proaktiva arbetssätt, förebyggande, hälsofrämjande och kliniskt för sina medborgare.

Norrbotten har en lägre andel självsattad psykisk ohälsa än riket (se tabell). Kvinnor har överlag mer psykisk ohälsa jämfört med män. När det gäller sjukskrivning för psykisk ohälsa, har Norrbotten rikets lägsta sjukskrivningstal bland både kvinnor och män. Fortfarande är den dock den vanligaste diagnosen att vara sjukskriven för, både i riket och i Norrbotten. Bland pågående sjukfall 2021 omfattade 27 procent psykisk ohälsa bland män i Norrbotten (39

procent riket), 40 procent psykisk ohälsa bland kvinnor i Norrbotten (50 procent riket).

**Indikatorer psykisk hälsa vuxna 16-84 år, andel kvinnor respektive män. 2018 års siffror från Norrbottens utökade urval. Riksgenomsnitt inom parentes.**

Indikatorer psykisk hälsa	Kvinnor 2018	Män 2018
<b>Bra/mkt bra självskattad hälsa</b>	65 % (69 %)	68 % (74 %)
<b>Besvär ångslan, oro eller ångest</b>	40,9 % (46,5 %)	28,8 % (32 %)
<i>Varav svåra besvär ångslan, oro, ångest</i>	6,8 % (9,1 %)	3,8 % (4,8 %)
<b>Mycket stressad</b>	15,6 % (19,4 %)	10 % (12 %)

Källa: Folkhälsomyndigheten

## Jämställdhet i vården

### Besök och vårdtillfällen

Kvinnor står för 55 procent av läkarbesöken, 59 procent av besöken till övriga vårdgivare och 53 procent av antalet vårdtillfällen. Kvinnor har ökat andelen besök hos övriga vårdgivarkategorier något jämfört med 2020. För läkarbesök och vårdtillfällen ligger fördelningen mellan kvinnor och män på samma nivå som 2020. I tabellen ingår inte den konsumtion av vård som sker utanför länet.

Kvinnor står också för en högre andel digitala vårdkontakter. År 2021 stod kvinnor stod för 59 procent av de digitala läkarbesöken och 59 procent av digitala besök hos övriga vårdgivare.

Tabell: Konsumtion av vård, antal besök och vårdtillfällen inom länet

	Utfall 2021	– andel kvinnor	– andel män	Utfall 2020	– andel kvinnor	– andel män
<b>Läkarbesök</b>	515 570	55 %	45 %	497 298	55 %	45 %
<b>Övriga vårdgivarbesök</b>	716 596	59 %	41 %	719 845	58 %	42 %
<b>Vårdtillfällen</b>	31 941	53 %	47 %	31 706	53 %	47 %

### Tillgänglighet

År 2021 uppgick andelen patienter som fått en medicinsk bedömning av legitimerad personal i primärvård inom tre dagar till 92 procent bland kvinnor och 91 procent bland män

Andel patienter som står på väntelista och väntat 90 dagar eller kortare på ett första besök till läkare i specialiserad vård uppgick till 42 procent bland kvinnor och 45 procent bland män

Andel patienter som står på väntelista och som har väntat 30 dagar eller kortare på en första bedömning inom barn- och ungdomspsykiatri, var 65 procent bland kvinnor och 54 procent bland män. Motsvarande andel patienter som väntat 30 dagar eller kortare på fördjupad utredning eller behandling var 26 procent bland kvinnor och 20 procent bland män.

Avsnittet Kostnadseffektiv verksamhet, beskriver hur kostnader för vården är fördelat på kvinnor och män.

## **Kostnadseffektiv verksamhet**

### **Kostnadseffektiv produktion**

Kostnad per patient, KPP, är en metod för beräkning av sjukvårdskostnaden för varje enskild patient och vårdkontakt. Diagnosrelaterade grupper, DRG, innebär förenklat en viktning av olika åtgärder per sjukdomstillstånd för att kunna göra jämförelser mellan olika verksamheter. Tillsammans utgör KPP och DRG ett instrument för att beskriva verksamheten inom sjukvården. KPP och DRG visar också vad som produceras och till vilken kostnad, även resursförbrukningen för enskilda patienter, olika patientgrupper, diagnosgrupper kan visas med dessa instrument. Somatisk och psykiatrisk vård kan följas sedan flera år. Från 2019 går det att följa KPP i Primärvården.

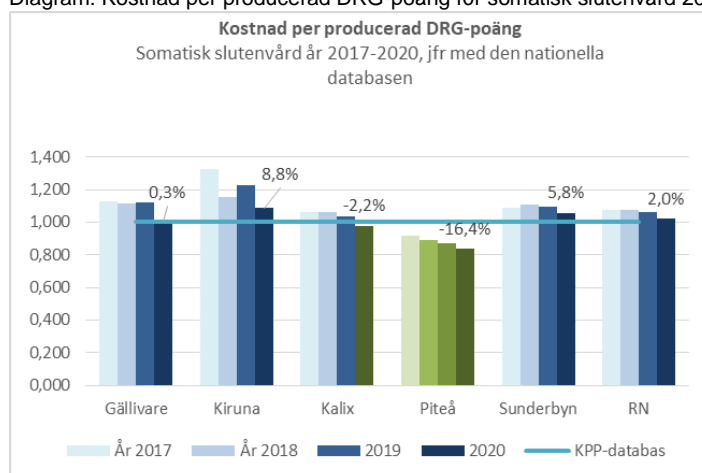
### **Kostnader somatisk vård jämfört med riket**

Regionens mål är att kostnad per producerad DRG-poäng ska ligga i nivå med genomsnittet för läns- och länsdelssjukhus i riket. För verksamheterna i malmfälten fördelas kostnaderna på ett litet patientunderlag, vilket gör det svårt att nå samma kostnadsnivåer som rikssnittet med bibehållen struktur. För dessa verksamheter accepteras högre kostnader. Senaste tillgängliga data för jämförelse är år 2020.

### **Slutenvård jämfört med riket**

Kostnad per producerad DRG-poäng inom somatisk slutenvård i Norrbotten har under flera år legat på en nivå som är högre än riket. År 2020 låg Region Norrbotten 2,0 procent högre än genomsnittskostnaden för läns- och länsdelssjukhus i den nationella KPP-databasen, vilket är en förbättring med 3,9 procentenheter jämfört med år 2019. Förbättringen ses på samtliga sjukhus. Sunderby sjukhus har minskat sin kostnadsnivå jämfört med riket 2019 och ligger på en nivå 5,8 procent över riket vilket är en förbättring med 3,8 procentenheter. Kalix sjukhus har minskat sin kostnadsnivå och ligger på en nivå 2,2 procent under riket. På Kiruna sjukhus ses en minskning jämfört med 2019 och ligger år 2020 på en nivå 8,8 procent högre än riket. Gällivare sjukhus har minskat sin kostnadsnivå jämfört med 2019 med 11,9 procentenheter och ligger 0,3 procent över riket.

Diagram: Kostnad per producerad DRG-poäng för somatisk slutenvård 2017-2020

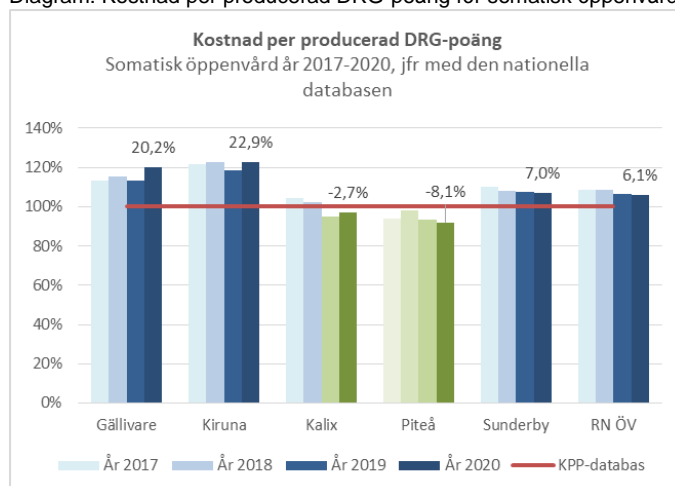


### Öppenvård jämfört med riket

Kostnad per producerad DRG-poäng inom öppen somatisk vård i Norrbotten är ca 6,1 procent högre än i riket vilket är 0,2 procentenheter bättre jämfört med år 2019. Sunderby och Piteå sjukhus har sänkt sin kostnadsnivå jämfört med riket. Sunderby sjukhus har minskat sin kostnadsnivå med 0,7 procentenheter jämfört med år 2019 och ligger på 7,0 procent över riket. Kalix sjukhus har ökat sin kostnadsnivå och ligger 2,7 procent lägre än riket år 2020 vilket är en ökning med 2,3 procentenheter. Piteå sjukhus har minskat kostnadsnivå och ligger 8,1 procent lägre än riket jämfört med 6,7 procent lägre än riket 2019. Gällivare sjukhus och Kiruna sjukhus har en ökad kostnadsnivå jämfört med 2019 och ligger 20,2 procent respektive 22,9 procent högre än riket.

Öppenvårdens andel av totala kostnader för somatisk vård minskar och utgör år 2020 ca 47,1 procent, en minskning med 1,2 procentenheter jämfört med år 2019.

Diagram: Kostnad per producerad DRG-poäng för somatisk öppenvård 2017-2020



### Ytterfall i somatisk slutenvård

Vårdtillfällen som är ytterfall, d.v.s. vårdtillfällen som är väsentligt dyrare än genomsnittet, utgör 4,8 procent av samtliga vårdtillfällen och kostar ca 462 mnkr år 2020. Orsaker till ytterfall är ofta medicinsk komplikation eller avvikelser/vårdskada. Kostnaderna för ytterfall har ökat med 62 mnkr, 15 procent, år 2020 jämfört år 2019. Ytterfallen på Kiruna sjukhus utgör 8,1 procent och Piteå sjukhus utgör 2,9 procent av samtliga vårdtillfällen. Genomsnittet för rikets länsdelssjukhus är 4,3 procent. Sunderby sjukhus har 4,5 procent ytterfall att jämföra med 3,8 procent för länsjukhus i riket. Region Norrbotten har högre andel ytterfallskostnader jämfört med riket i 15 av 25 diagnosgrupper, fyra diagnosgrupper står för ca 50 procent av ytterfallskostnaderna<sup>1</sup>. Störst ytterfallskostnader i den somatiska slutenvården ses inom Ospecifik eller felaktig information på 132 mnkr, andelen ytterfallskostnad utgör ca 29 procent i diagnosgruppen, 28 procent i riket. En äldre befolkning är en delförklaring till våra högre ytterfallskostnader jämfört med riket en annan förklaring är den pågående pandemin som har förändrat vårdbehovet.

### Utveckling år 2020 av produktion, kostnader och produktivitet i somatiskvård i Norrbotten

Region Norrbottens KPP-system (kostnad per patient) möjliggör uppföljning av hur kostnader, produktion och produktivitet utvecklas. Det möjliggör även mätning av produktivitet per kvartal från och med år 2016. Hittills kan resultat redovisas till och med kvartal 1 2021. I analysen jämförs kvartal 1 med kvartal 1 tidigare år.

Under flera år har produktiviteten minskat i somatisk vård då antalet producerade DRG poäng har minskat medan kostnaderna har ökat. Hösten 2019 började produktiviteten förbättrats, tills pandemin bröt ut. Nedan ses en jämförelse av kvartal 1 2021 mot kvartal 1 2020.

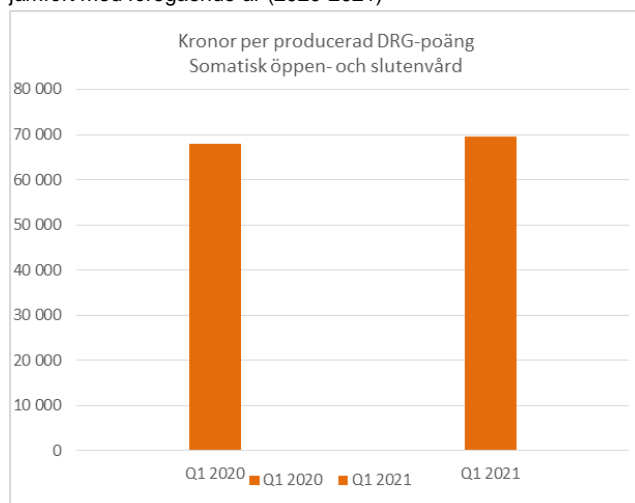
Under kvartal 1 2021 ses en produktivetsförsämring i den somatiska slutenvården då antalet producerade DRG poäng har minskat medan kostnaderna har ökat och en produktivetsförbättring i öppenvården då kostnaderna har minskat mer än producerade DRG-poäng. Sammantaget för den somatiska vården är produktiviteten under kvartal 1 2021 försämrade med 2,4 procent.

---

<sup>1</sup> Brännskador, ospecifik eller felaktig information, skador, förgiftnings- och toxiska effekter, myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer, infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV, endokrina, metabola och nutritionssjukdomar, andningsorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende, multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador, matsmältningsorganens sjukdomar, sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel, sjukdomar i hud och underhud, sjukdomar i njure och urinvägar, sjukdomar i manliga könsorgan, sjukdomar i muskler, skelett och bindväv



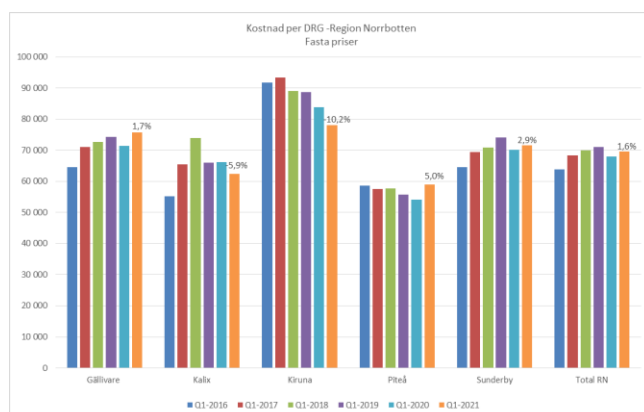
Diagram: Kronor per producerad DRG-poäng för somatisk öppen- och slutenvård kvartal 1 jämfört med föregående år (2020-2021)



### Utveckling per sjukhus i Norrbotten

Under kvartal 1 2021 förbättrades produktiviteten på Kalix och Kiruna sjukhus resterande sjukhus försämrades produktiviteten. Nedan ses en jämförelse av produktivitet kvartal 1 år 2016 till 2021.

Diagram: Kostnad per DRG, Region Norrbotten kvartal 4 2016-2021



### Öppenvårdens andel

Tidigare jämförelser av kvartalerna har en stadig ökning skett i den somatiska öppenvården av både kostnadsandel och andel producerade DRG-poäng. Vid jämförelse av kvartal 1 år 2020 och kvartal 1 2021 minskar både kostnadsandel och andel producerade DRG-poäng. Öppenvårdens andel av totala kostnader för somatisk vård minskar och utgör kvartal 1 år 2021 41,9 procent, en minskning med 3,9 procentenheter jämfört med samma kvartal år 2020. Öppenvårdens andel av total produktion DRG-poäng i somatisk vård utgör 49,4 procent, en minskning med 0,5 procentenheter under jämförda kvartal. Pandemin har medfört att öppenvårdens andel har minskat och ett ökat vårdbehov

på grund av covid har ökat produktionskostnad för den somatiska slutenvården.

Diagram: Andel av total produktionskostnad i somatisk öppen- och slutenvård kvartal 1 2016-2021

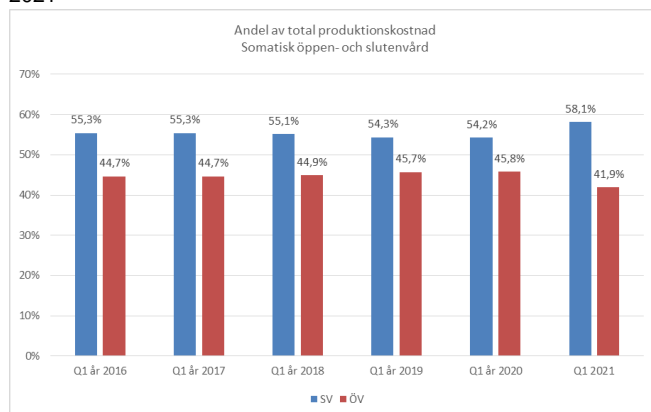
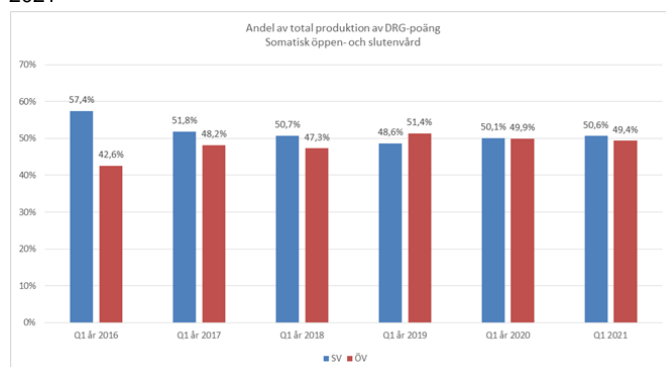


Diagram: Andel av total produktionskostnad i somatisk öppen- och slutenvård kvartal 1 2016-2021



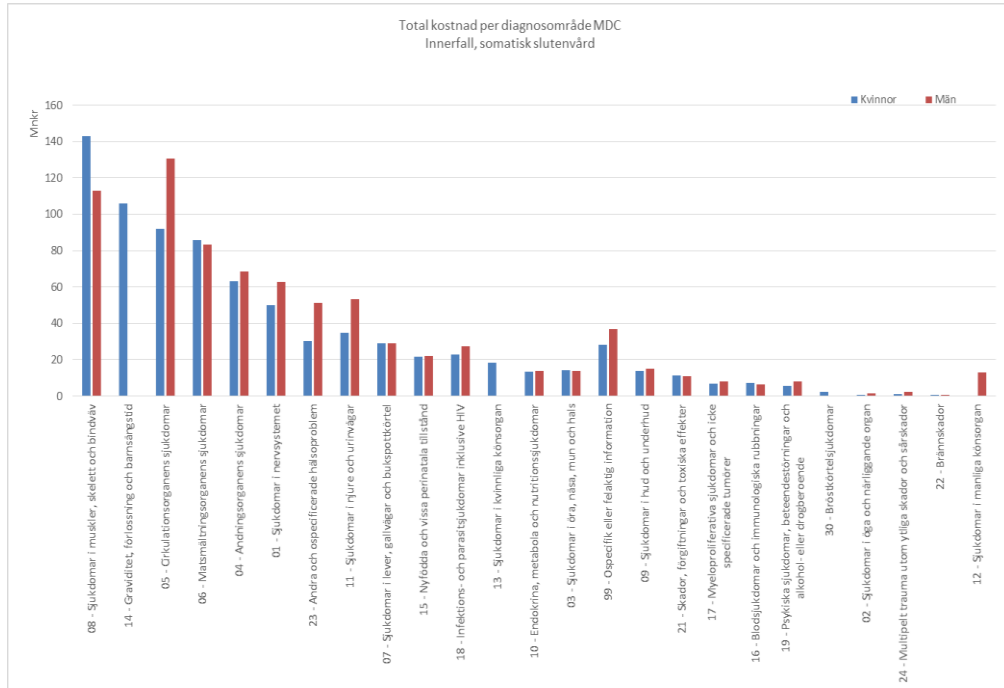
### KPP-kostnader fördelat på kvinnor och män

Nedan återges en övergripande jämförelse av totala KPP-kostnaders fördelning på män och kvinnor, exklusive förlossning. För att veta om könsskillnader i kostnader är medicinskt omotiverade behövs fördjupade analyser. Kostnaderna för män och kvinnor kan skilja sig åt vilket kan bero på t.ex. ålder vid diagnos, medelvårdtidens längd, olika vårdtyngd samt olika sökmönster för män och kvinnor när vård uppsöks. Även genus kan spela roll, dvs. att män och kvinnor omedvetet möts och behandlas på olika sätt i vården baserat på normer i samhället.

### Somatisk slutenvård - innerfall

År 2020 har män en högre andel av kostnader i slutenvården, 53 procent (772 mnkr), kvinnors andel är 47 procent (696 mnkr). Det är en procentuell fördelning i paritet med riket. De totala kostnaderna är högre för män i 23 av 25 diagnosområden (MDC). Kvinnor har högre kostnader i diagnosområdet muskler, skelett och leder och i matsmältningsorganens sjukdomar. För män

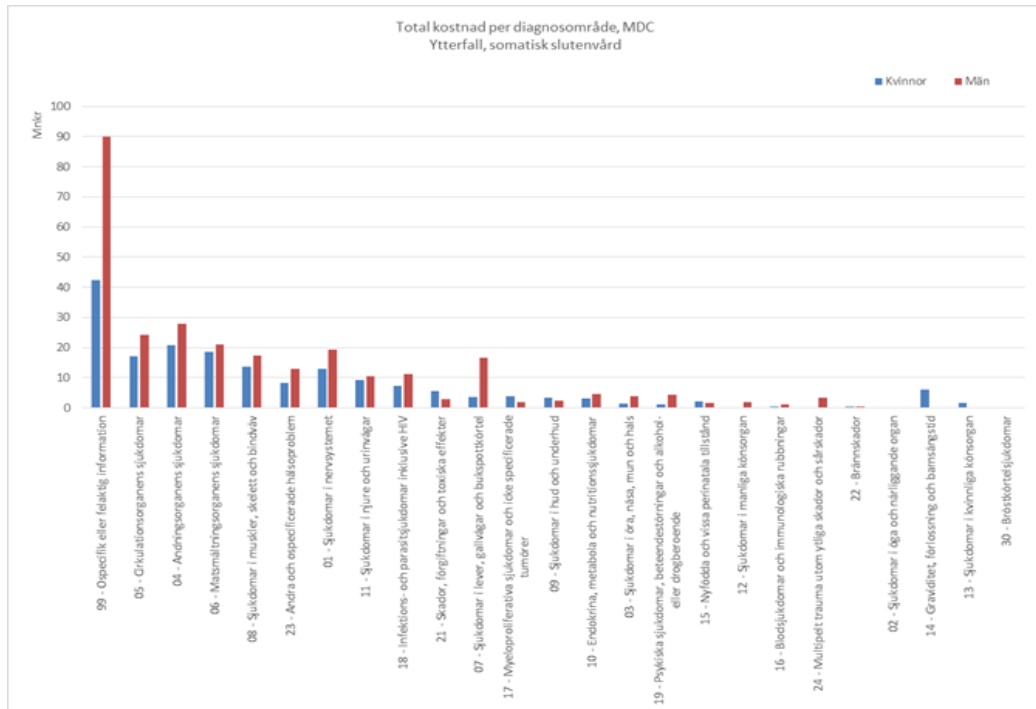
ses högre totala kostnader jämfört med kvinnor i framförallt cirkulationsorganens sjukdomar.



År 2020 har män fler vårdtillfällen i somatisk slutenvård (12 743 stycken) än kvinnor (11 698 stycken), vilket sannolikt beror på att män varit svårare drabbade av covid-19. Män har en något högre genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle (60 592 kr) jämfört med kvinnor (59 513 kr). Mönstret är detsamma i riket.

### Somatisk slutenvård - ytterfall

År 2020 är mäns andel av ytterfallskostnader i slutenvården 61 procent (279 mnkr), kvinnor 39 procent (177 mnkr). Det är en procentuell fördelning i paritet med riket. Mäns andel av kostnaderna är särskilt hög i diagnosområdena Ospecifik eller felaktig information, cirkulationsorganens sjukdomar samt andningsorganens sjukdomar. Den genomsnittliga kostnaden per ytterfallsvårdtillfälle är betydligt högre bland män (393 570 kr) än bland kvinnor (298 435 kr), mönstret ses både i Norrbotten och i riket.



### Somatisk öppenvård - innerfall

År 2020 är mäns andel av totala kostnader 50 procent, kvinnor 50 procent. Högre totalkostnader för män ses i diagnosområdena cirkulationsorganens sjukdomar, övergripande problem i öppenvård. Kvinnor ses ha högre kostnader i diagnosområdet Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. Medan kvinnor har fler vårdkontakter (162 944 stycken) än män (157 154 stycken) har män en något högre genomsnittlig kostnad per vårdkontakt (4 384 kr män, 4 220 kr kvinnor). Mönstret ses även i riket.

### Somatisk öppenvård - ytterfall

Mäns andel av totala ytterfallskostnader är 50 procent, kvinnor 50 procent. För ytterfallen i öppenvården är den genomsnittliga kostnaden per vårdkontakt något högre för män (16 192 kr jämfört med 15 800 kr för kvinnor).