

Rapport:

Rehabiliteringsresurser i Västerbottens läns landsting



2017-05-04
Catrine Nygren
Rehabcentrum, Skellefteå Lasarett

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	5
Bakgrund	5
Metod/upplägg	5
Nuvarande uppdrag, organisation och nivåindelning	5
Nuvarande nivåstrukturering	6
Rehabilitering på primärvårdsnivå	6
Rehabilitering på länsdels-/länssjukvårds- och regionvårdsnivå	8
Organisation av rehabiliteringsverksamheten inom sjukhusvården	8
Lycksele lasarett.....	9
Skellefteå lasarett.....	10
Norrlands universitetssjukhus (NUS).....	10
Rehabiliteringsresurser inom Psykiatri	11
Förslag	11
Förslag på framtida organisation	11
Förslag till nivåstrukturering för rehabilitering	12
Nivå 1 - Primärvård.....	12
Nivå 2 - Läns sjukvård/Sjukhusvård	12
Nivå 3 - Regionsjukvård/rikssjukvård.....	12
Förslag till utökad stöd på landstingsnivå för yrkesgrupper inom rehabilitering	13
Yrkesutveckling	13
Behandlingsriktlinjer	13
Reflektion	13
Bilagor	15
Bilaga 1 - Frågor till verksamhetschefer	15
Sjukhusvård.....	15
Primärvård.....	15
Bilaga 2 - Rehabiliteringsresurser primärvård/1 000 listade	16
Arbetsterapeut.....	16
Fysioterapeut.....	16
Kurator.....	17
Psykolog.....	17
Koordinator	18

Bilaga 3 - Rehabiliteringsresurser primärvård kopplat till produktion.....	19
Arbetsterapeut.....	19
Fysioterapeut.....	19
Kurator.....	20
Psykolog.....	20
Bilaga 4 - Rehabiliteringsresurser primärvård sjukstugeplatser	21
Bilaga 5 Resurser/klinik och sjukhus.....	22
Resurser/sjukhus 2016.....	22
Bilaga 6 - Rehabiliteringsresurser sjukhusansluten hemsjukvård.....	23
Stroke	23
Ortopedi.....	23
Bilaga 7 - Rehabiliteringsresurser Psykiatri Västerbotten	24

Sammanfattning

Med rehabilitering menas insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Hälso- och sjukvården i Västerbotten är idag indelad i primärvård, länsdels-/länssjukvård och regionsjukvård och inom denna indelning finns skillnader i hur rehabiliteringsverksamheten är organiserad. Hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen beslutade våren 2016 om att ta fram ett förslag till organisation av rehabiliteringsverksamheten vid sjukhusen i länet för att möjliggöra en bättre interaktion/teamarbete mellan vård och rehabilitering, att fastställa ansvaret för rehabilitering mellan olika vårdnivåer samt undersöka möjligheter till utökat stöd på landstingsnivå för yrkesgrupper inom rehabiliteringsverksamheten.

Förslagen i denna rapport handlar i korthet om att

- rehabiliteringsuppdrag och resurser ska följa den nivåindelning som gäller för hälso- och sjukvård i Västerbotten, dvs. primärvård, länssjukvård och regionsjukvård
- utarbeta länsgemensamma behandlingsriktlinjer, som bör inkludera process för förebyggande av ohälsa och för hälsofrämjande arbete och även beskriva uppdrag/ansvar för de olika vårdnivåerna
- fastslå socialstyrelsens definition på rehabilitering som landstingsgemensam
- organisera små rehabiliteringsresurser som fördelas på flera verksamheter i en enhet för öka möjligheterna till kollegialt stöd och ett mer flexibelt arbetssätt
- skapa nätverk/enhet för yrkesutvecklare inom primärvård och sjukhusvård i syfte att stärka en likvärdig och tillgänglig rehabilitering i hela länet med bredd och spets samt att stödja utveckling och uppföljning av verksamheten.
- tillskapa rehabiliteringsresurser som möjliggör en likvärdig rehabilitering med hög kvalitet .

Inledning

Bakgrund

Socialstyrelsens definierar rehabilitering såsom insatser som ska bidra till att en person med förvärdad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Patientens möjligheter till inflytande och delaktighet ska beaktas och säkras. Detta gäller hela processen från utredning, bedömning, målsättning, planering, genomförande, uppföljning till utvärdering. Definitionen ska tillämpas inom Västerbottens läns landsting.

Hälso- och sjukvårdsnämnden initierade 2014 ett arbete med syfte att säkerställa en rehabiliteringsverksamhet i hela länet som kännetecknas av:

- Likvärdig rehabilitering i hela länet
- Rättvist nyttjade resurser
- Rehabilitering på rätt nivå
- Säkerställande av en obruten rehabilitering
- En förbättrad samverkan med primärvård och kommuner
- Säkerställande av rätt använd kompetens (RAK)

I ett första steg kartlades rehabiliteringskedjan, roller och ansvarsfördelning, resursfördelning och utvecklingen inom området. Utifrån kartläggningen fattade hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen våren 2016 följande beslut:

1. Definiera och fastställa uppdrag/ansvarsområden inom sjukhusansluten vård och primärvård och även mellan vårdnivåer samt i relation med andra aktörer, exempelvis i form av nivåstrukturering. Uppdraget bör inkludera fastställande av en landstingsgemensam definition av rehabilitering.
2. Ta fram förslag till organisering av rehabiliteringsverksamheten i sjukhusvården i länet med fokus på att möjliggöra en närmare interaktion/teamarbete mellan vård och rehabilitering.
3. Se över utökat stöd på landstingsnivå för yrkesgrupperna.

Metod/upplägg

Rapporten bygger på enkäter och intervjuer med verksamhetschefer inom både primärvård och sjukhusvård, se bilaga 1. Uppgifter om befolkning och produktion avser år 2016. Uppgifter om bemanning inom primärvården avser januari till februari 2017 och de personalgrupper som ingår i rapporten är arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter/sjukgymnaster, kuratorer, logopedier, psykologer och rehabassistenter.

I övrigt har professionerna inbjudits att lämna synpunkter vid tre tillfällen och yrkesutvecklare för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, representanter från primärvårdens utvecklingsenhet, avdelningschefer från rehabenheter i länet, logopedi, dietistsamordnare och kurator har bjudits in till diskussion om arbetet.

Nuvarande uppdrag, organisation och nivåindelning

I beskrivning av basenheternas uppdrag kan man se skillnader. Mer specialiserade rehabiliteringsuppdrag finns på kliniker framför allt på NUS. Rehabiliteringsåtgärder som är sällan förekommande och där specialistkompetens inte är möjlig att upprätthålla över länet är redan idag till stor del centraliserade.

Utredning, bedömning, målsättning, planering samt genomförande, uppföljning och utvärdering är den process som verksamheterna beskriver till stor del. Med allt kortare vårdtider inom slutenvården blir det mer fokus mot utredning och bedömning. Målsättning och genomförande av interventioner påbörjas där det är möjligt under vårdtiden, men där fortsatt plan för genomförande, uppföljning och utvärdering överrapporteras till den verksamhet som kan ta vid, exempelvis mottagningsverksamhet, sjukhusansluten hemrehabilitering, dagrehabilitering, primärvård eller kommunal hälso- och sjukvård/rehabilitering.

I rapporten framkom även olikheter i tillgång till rehabilitering samt produktion/heltidstjänst.

Antalet bedömningar inför samordnad vård- och omsorgsplanering med syftet att patienten ska få en trygg och säker hemgång har ökat och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården är mer tidskrävande då bra system för informationsöverföring saknas. Nedan finns en beskrivning av de olika nivåernas uppdrag.

Nuvarande nivåstrukturering

Hälso- och sjukvården i Västerbottens läns landsting är idag indelad i primärvård, länsdelssjukvård, länssjukvård och regionsjukvård. Primärvården finns i hela länet, länsdelssjukvård på alla sjukhus och länssjukvård i huvudsak på Nus och regionsjukvård för de fyra norrlandstingen finns vid sjukhuset i Umeå. Hand- och plastikkirurgen vid NUS har även ett ansvar för rikssjukvård vad gäller plexusskador. Ett antal kliniker ansvarar dock för viss länssjukvård för hela länet utifrån att det i vissa fall är effektivare och bättre kvalitet att centralisera viss verksamhet. Denna struktur påverkas nu i det utvecklingsarbete som nu pågår med länssamverkan och länskliniker. Nivåerna länsdel- och länsnivå har i vissa fall suddats genom att klinik/centra serverar hela länet och att vissa verksamheter/uppdrag lokaliseras i länet utifrån kompetens, centralisering/effektivisering.

Rehabilitering på primärvårdsnivå

Primärvårdens uppdrag omfattar den rehabilitering som kan tillgodoses på hälsocentralen och som inte omfattas av specialistsjukvårdens eller den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar. Några hälsocentraler har ett särskilt uppdrag för försäkringsmedicinska utredningar och andra erbjuder gruppbehandlingar som patienter från andra hälsocentraler kan delta i. På primärvårdsnivå finns även privata fysioterapeuter och psykoterapeuter med avtal men deras uppdrag och bemanning ingår inte i denna rapport.

Organisatoriskt tillhör arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, kuratorer och psykologer oftast en hälsocentral. I vissa fall delar flera hälsocentraler på en tjänst. Dietisterna i Umeå och Skellefteå tillhör varsin hälsocentral men ansvarar för hälsocentralerna inom området. I Södra Lappland är dietisterna knutna till flera hälsocentraler. Fördelen med att små resurser tillhör en hälsocentral är att det gynnar det kollegiala samarbetet och att medarbetarna får en tydligare tillhörighet till sin arbetsledning. Risken är att det är svårt att utveckla teamarbetet på de hälsocentraler där man sällan befinner sig. De som har låg tjänstgöringsgrad på flera hälsocentraler har flera arbetsledare och liten möjlighet till kollegialt samarbete. Att möjliggöra en närmare interaktion/teamarbete är svårt för den verksamhet som inte finns på plats eller finns tillgänglig ett fåtal timmar/vecka. Behovet av kollegialt stöd blir svårt att tillgodose.

Förutsättningarna att bedriva rehabilitering skiljer sig mellan olika hälsocentraler beroende på antal listade, avstånd till sjukhus, rekryteringsmöjligheter m.m. I bilaga 2 och 3 finns jämförelser för olika yrkeskategorier/1 000 listade samt för produktion/yrkeskategori för öppenvård. Observera att rehabiliteringskoordinator ingår i bilaga 3, produktion, för vissa hälsocentraler men inte för andra vilket medför svårigheter till direkt jämförelse.

Landstingets primärvård har påbörjat ett genomgripande utvecklingsarbete med "kompetensväxling" där arbetsterapeut fysioterapeut, kurator och psykolog är första instans inom sina specifika kompetensområden och där läkarresursen kopplas in vid behov. Här behöver uppdrag kopplat till resurs följas upp för att förhindra att rehabiliteringsresursen enbart nyttjas till bedömning istället för att utgå från den definition av rehabilitering som föreslås i arbetet.

Vid sjukstugeplatserna i Södra Lappland finns resurser från primärvården i samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården. Samarbetet med den kommunala hälso- och sjukvården innebär att resurserna för rehabilitering nyttjas för både landstingets och kommunens patienter. Arbetsterapeut och fysioterapeut finns på de flesta sjukstugor och den avsatta tiden varierar från 30 minuter till 2 timmar/vecka och patient, se bilaga 4. Övriga resurser finns ej beräknade för sjukstugeplatser men kan förekomma i enstaka fall.

I nedanstående tabell redovisas resurser för hälsocentraler i VLL. För hälsocentral/sjukstuga redovisas den sammanlagda resursen. För 2 privata hälsocentraler finns inga uppgifter.

Tabell 1

Umeå med kranskommuner	Arbets- terapeut	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Dietist	Koordinator
Backens HC	0,6	2	1	0,80		0,4
Ersboda HC	0,5	3,7	0,75	0,3		0,4
Mariehem HC	2	5	1	2		0,5
Älidhems HC	0,9	3,1	1	2,5		0,2
Teg HC	0,75	3,55	1	3		0,25
Vännes HC	0,4	1,7	0,8	0,6		0,4
Vindeln HC	0,45	1,8	0,6	0,2		0,25
Bjurholm HC	0,1	0,75	0,2	-		0,1
Nordmaling HC	0,4	1,6	0,5	0,1		0,2
Hörnefors HC	0,5	1,10	0,5	0,25	* 3,0	0,20
Holmsund HC	0,4	1,4	0,4	0,4		0,35
Robertsfors HC	0,3	1,4	0,6	0,6		0,3
Sävar HC	0,4	1	0,35	0,6		0,35
Capio HC Dragonen	0,5	2,7	-	2	0,5	0,5
Citymottagningen Umeå	0,5	2	0,8	0,2	0,25	0,4
Husläkarna Umeå	0,5	1	0,6	0	0,2	0,20
Norrlandskliniken HC	0,5	4,75	-	1	0,2	0,5
Totalt	9,7	38,55	10,1	14,55	4,15	5,5
Södra lappland	Arbets- terapeut	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Dietist	Koordinator
Stenbergsska HC	0,3	2,75	1,6	1	0,25	0,4
Åsele sjukstuga	0,35	1	0,5	-	0,1	0,1
Dorotea sjukstuga	0,61	1,25	0,5	-	0,1	0,1
Vilhelmina	1,0	2,5	1	-	0,4	0,2
Storuman sjukstuga	0,55	2	1,3	-	0,5	0,2
Tärnaby sjukstuga	0,25	0,90	0,2	-	0,15	0,1
Malå sjukstuga	0,5	1,9	0,5	0,45	0,2	0,2
Sorsele sjukstuga	0,6	2	0,8	0,20	0,1	0,2
Medicinkonsulten HC	0,05	1,5	-	0,8	0,25	0,30
Totalt	4,21	15,8	6,4	2,45	2,05	1,8
Skellefteå	Arbets- terapeut	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Dietist	Koordinator

Anderstorp HC	0,5	4	0,75	2		0,5
Heimdall/Erikslid / Boliden	1,5	6,75	0,75	1	** 2	1
Kåge/ Moröbacke HC	0,7	5,15	0,8	3		0,7
Bureå/ Ursviken HC	0,5	3,25	-	1		0,5
Byske HC	0,5	1,8	-	0,75		0,5
Burträsk HC	0,2	2,1	-	0,7		0,3
Lövånger HC	0,1	0,8	0,4	0,3		0,1
Norsjö	0,2	1,8	0,5	-		0,2
Totalt	4,2	25,65	3,2	8,75	2	3,8

*Samlad dietistresurs för landstingsdrivna hälsocentraler i Umeå med kranskommuner

** Samlad dietistresurs för landstingsdrivna hälsocentraler inom Skellefteå upptagningsområde

Privata vårdgivare ej medräknade i sammanställningen

Psykioterapeuter: Umeå 33 st. Skellefteå 8 st. Södra lappland 0 st.

Fysioterapeuter: Umeå 19 st. Skellefteå/Norsjö 6 st. Södra lappland 3 st.

Rehabilitering på länsdels-/länsjukvårds- och regionvårdsnivå

Länsjukvård-/länsdelsjukvårdsnivå omfattar rehabilitering vid stroke, hjärtsjukdom, lungsjukdom, njursjukdom/dialys, infektioner, ortopedisk-, kirurgisk-, geriatrisk-, smärttillstånd, psykiatriska sjukdomar, reumatism, barn- och kvinnosjukvård, m.m. Det förekommer även rehabilitering på regionvårdsnivå vid vissa av dessa kliniker.

Organisation av rehabiliteringsverksamheten inom sjukhusvården

Det finns skillnader i hur rehabiliteringsverksamheten är organiserad vid de olika sjukhusen. Se tabell 1 nedan för specifikation av vilka resurser som finns vid olika kliniker och tabell 2 för specifikation av rehabiliteringsverksamhet vid respektive sjukhus. Utförligare beskrivning finns i texten nedan. Se bilaga 5 för specifikation av antal tjänster/yrkeskategori.

Tabell 2.

	Lycksele lasarett	NUS	Skellefteå lasarett
Arbets- och fysioterapeut			
Arbets- och beteendemedicinskt centrum	Nej/Nej	Nej/Ja	Nej/Nej
Barn- och ungdomscentrum	Nej/Nej	Ja/Ja	Ja/Ja
Centrum för anestesi, operation och intensivvård	K/K	Nej/Ja	K/Ja
Kirurgiskt centrum	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Centrum för gynekologi och obstetrik	K/K	Nej/Ja	K/K
Medicin/Geriatrik	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Rörelseorganens centrum	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Psykiatricentrum	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Reumatologi	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Kurator/Psykolog			
Arbets- och beteendemedicinskt centrum	Nej/Nej	Ja/Ja	Nej/Nej
Barn- och ungdomscentrum	Ja/Nej	Ja/Ja	Ja/Ja
Centrum för anestesi, operation och intensivvård	K/Nej	Ja/Nej	K/Nej
Kirurgiskt centrum	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej
Hud och STD	Nej/Nej	Ja/Nej	Nej/Nej
Centrum för gynekologi och obstetrik	Ja/Nej	Ja/Ja	Ja/Nej
Medicin/Geriatrik	Ja/Nej	Ja/Ja	Ja/Nej
Rörelseorganens centrum	Ja/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej
Psykiatricentrum	Ja/Ja	Ja/Ja	Ja/Ja
Reumatologi	Nej/Nej	Ja/Nej	Ja/Nej

Dietist			
Arbets- och beteendemedicinskt centrum	Nej/Nej	Ja	Nej/Nej
Barn- och ungdomscentrum	Ja	Ja	Ja
Centrum för anestesi, operation och intensivvård Västerbotten	Nej	Nej	Nej
Kirurgiskt centrum	Ja	Ja	Ja
Centrum för gynekologi och obstetrik	Nej	Nej	Nej
Medicin/Geriatrik	Ja	Ja	Ja
Rörelseorganens centrum	Nej	Ja	Nej
Psykiatricentrum	Nej	Ja	Nej
Reumatologi	Nej	Ja	Nej

K står för enstaka insatser

Tabell 3.

	Lycksele lasarett	NUS	Skellefteå lasarett
Hemrehabilitering			
Ortopedi	Nej	Ja (Umeå > 65 år)	Ja
Hemrehabilitering stroke/hjärnskada	Nej	Ja	Ja
Palliativ medicin	Nej	Ja	Ja
Geriatriskt öppenvårdsteam	Nej	Ja (Umeå)	Nej
Dag-/mottagningsrehabilitering			
Stroke/hjärnskada	Ja	Ja (< 65 år)	Ja
Hjärnskadeteam	Nej	Ja	Nej
Ryggskadeteam	Nej	Ja	Nej
Ortopedi	Ja	Ja	Ja
Neurologiska sjukdomar	Ja	Ja	Ja
Stroke hos yrkesverksamma	Ja	Ja	Ja
Smärta	Nej	Ja	Ja
Trafikteam	Ja	Ja	Ja
Lungsjukdomar	Ja	Ja	Ja
Hjärtteam	Ja	Ja	Ja
Handskaderehabilitering	Ja	Ja	Ja
Diabetes	Ja	Ja	Ja
Njurteam	Ja	Ja	Ja
Lymfterapi	Ja	Ja	Ja
Reumatologi	Ja	Ja	Ja
Arbets- och beteendemedicinskt centrum	Nej	Ja	Nej
Hud och STD	Nej	Ja	Nej
Veckovårdsrehabilitering			
Neurologiska sjukdomar	Ja (Neurorehab i Sävar)		
Stroke hos yrkesverksamma	Ja (Neurorehab i Sävar)		

I ovanstående beskrivning anges om rehabiliteringsresurser av någon kategori finns. Dock kan team-sammansättningen se olika ut i verksamheten.

Lycksele lasarett

Lycksele lasarett ansvarar för rehabilitering på länsdels-/länssjukvårdsnivå. Rehabiliteringsresurser inom somatisk vård organiseras i en avdelning under basenheten Medicin-rehab. Det saknas dock psykologresurs för den somatiska verksamheten och kvinnokliniken saknar arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast. Logopedresurser organiseras inom länskliniken Neuro-huvud-halscentrum.

Rehabiliteringsresurserna är knutna till vårdavdelningar och mottagningar och resurserna är specialiserade för de vårdavdelningar som har större behov. För avdelningar/enheter med mindre behov av rehabiliteringsresurser bedrivs en konsultativ verksamhet. De små resurserna förutsätter

både bred och djup kompetens men den gemensamma organisationen ger möjlighet till flexibilitet och kollegialt stöd inom enheten.

Lycksele lasarett har ingen specifik geriatrisk vårdavdelning, enstaka patienter remitteras till Geriatriskt centrum NUS, övriga geriatriska patienter, ca 20 vpl, inräknas i de vårdplatser som finns på sjukhusets vårdavdelningar eller på de sjukstugeplatser som finns knutna till respektive hälsocentral.

Ett utvecklingsarbete kring hemrehabilitering för strokepatienter har påbörjats. En jämförelse kan göras med Jämtlands läns landsting där glesbygdsproblematiken också finns. Där finns sjukhusansluten hemrehabilitering för tätorten (7 mils radie) men patienter bosatta utan för denna radie har möjlighet att få fortsatt rehabilitering på en veckoavdelning med resurser som motsvarar behovet som patientgruppen har av rehabilitering och omvårdnad.

Psykiatri i Södra Lappland omfattar endast öppenvård och rehabiliteringsresurserna är klinikanslutna. Slutenvårdsplatser finns på Skellefteå lasarett.

Skellefteå lasarett

Skellefteå lasarett ansvarar för rehabilitering på länsdels-/länsnivå. En stor del av rehabiliteringsresurserna inom somatisk sjukvård organiseras i en egen basenhet, Rehabcentrum Skellefteå. Enheten har fyra avdelningar där en processtanke inom rehabiliteringskedjan legat som underlag för organisationen. Det finns möjlighet till flexibilitet och kollegialt stöd inom enheten. Kuratorer och dietister för övriga verksamheter på sjukhuset är klinikanslutna. Det finns ingen psykolog inom den somatiska vården. Logopedresursen organiseras i länskliniken Neuro-huvud-halscentrum.

Rehabiliteringsresurserna är knutna till vårdavdelningar och mottagningar, resurserna är specialiserade för de vårdavdelningar som har mer resurser och det finns en konsultativ verksamhet för de avdelningar som har små behov. Ett försök med en avdelad resurs fysioterapeut mot IVA pågår men kvinnokliniken saknar egen arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast. Enstaka insatser kan erbjudas från Rehabcentrum.

Skellefteå lasarett har idag 20 geriatriska slutenvårdsplatser, psykogeriatrisk, ortogeriatrisk och allmän geriatrisk. I jämförelse utifrån befolkningsunderlag i Västerbotten för 65 år och äldre finns ca 14 geriatriska vårdplatser placerade på sjukhusets övriga avdelningar. Den geriatriska vårdavdelningen har arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, dietist och kurator men saknar psykolog. Det saknas också Geriatriskt öppenvårdsteam (GÖT) i Skellefteå. Generellt har Skellefteå små resurser kopplade till mottagningsverksamhet.

Norrlands universitetssjukhus (NUS)

NUS ansvarar för rehabilitering på länsdels-/länsnivå och inom vissa kliniker förekommer även regionvård men rehabiliteringsresurserna är inte specificerade för läns- respektive region-sjukvård. Rehabiliteringsinsatser inom öppenvården på regionvårdsnivå finns men i de flesta fall överrapporteras den insatsen till hemlandstinget eller hemsjukhuset. Logopedresursen organiseras i en avdelning under länskliniken Neuro-huvud-hals-centrum och har ett länsuppdrag för sina resurser.

NUS har förutom regionuppdraget ett riksuppdrag för plexusskador för hand- och plastikkirurgiska kliniken. Alla rehabiliteringsresurser är klinikanslutna men kliniker som har mindre rehabiliteringsresurser t.ex. infektion, kirurgi, medicin uppger att de remitterar patienter över 65 år med ett rehabiliteringsbehov/-potential till Geriatriskt centrum för fortsatt rehabilitering.

Geriatriskt centrum finns endast på NUS och de tillhandahåller specifik rehabilitering med hög kompetens, koppling till geriatriskt öppenvårdsteam samt hemrehabilitering ortopedi för patienter över 65 år. Geriatriskt centrum bedriver länsverksamhet inom psykogeriatrisk. Psykiatrisk slutenvård och öppenvård finns i Umeå. Arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, dietist och psykolog är klinikanslutna.

De vårdavdelningar som saknar eller har väldigt liten resurs arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast har svårt att klara sina åtaganden inför samordnad vård- och omsorgsplanering där bedömning och åtgärder inför en trygg och säker hemgång inte hinns med.

Det är svårt att jämföra rehabiliteringsverksamheten mellan sjukhusen då klinikerna har så olika storlek och klinikerna vid NUS är mer specialiserade. Det krävs mer långtgående analyser för att kunna jämföra hur resurserna är fördelade på respektive patientgrupp och uppdrag. Ett försök har gjorts att titta på resurser kopplat till verksamhet/patientgrupper, befolkningsunderlag m.m. Resultatet kan användas i vissa delar men är ej helt säkerställt utifrån otydlighet i uppdrag och nivåer. För att säkerställa likvärdig vård och rättvist nyttjade resurser bör arbetet med behandlingsriktlinjer påbörjas snarast och där bör en beräkning av resursbehov ingå. Ett exempel på rehabiliteringsresurs/patient för sjukhusanknuten hemrehabilitering finns beskrivet, se bilaga 6.

Rehabiliteringsresurser inom Psykiatri

Det finns stora skillnader vad gäller resursfördelning avseende rehabilitering inom psykiatri i länet. Utifrån befolkningsstatistik 2016-09 alla åldrar har NUS mer resurser för arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator och psykolog än de andra sjukhusen. Det finns 0,3 tjänst dietist vid NUS varav 0,1 tjänst riktar sig till ätstörningsverksamheten. Denna typ av resurs saknas i övriga länet. Verksamheterna i länet har olika uppdrag som kan påverka hur resursfördelning och uppdrag skiljer sig åt, se bilaga 7.

Förslag

Förslag på framtida organisation

Det finns skillnader i hur rehabiliteringsverksamheten är organiserad i länet. Stora kliniker med mer resurser har troligtvis bättre förutsättningar för interaktion/teamarbete än verksamheter med små resurser och att organisationen för rehabiliteringsverksamheten i landstinget ser olika ut kan vara ett resultat av detta. I verksamheter med mindre resurser är kravet på flexibilitet och samarbete mellan olika verksamheter viktigt och kollegialt stöd och intern kompetensutveckling är en förutsättning. Att som medarbetare vara splittrad mellan olika kliniker med flera arbetsledare beskrivs som väldigt slitsamt och avsaknad av kollegialt stöd beskrivs som en brist.

De verksamheter som har större uppdrag och egna resurser på kliniknivå kan arbeta mer flexibelt och erbjuda kollegialt stöd på ett helt annat sätt än enheter med endast en liten del av en tjänst. Verksamheter med små rehabiliteringsresurser som delas mellan olika områden har behov av en tydlig koppling till en rehabiliteringsorganisation/enhet för att möjliggöra en flexibilitet och kollegialt stöd, naturligtvis i samarbete med de kliniker som man arbetar med.

Professioner som idag fördelas på flera verksamheter bör organiseras under en klinik för att därifrån utgå till de verksamheter som nyttjar resursen. Då finns möjlighet till en arbetsledare, kollegialt stöd och ett mer flexibelt arbetssätt. En förutsättning för att en organisation för dessa mindre grupper ska fungera är gemensamma lokaler och arbetsledning och en viss förstärkt grundbemanning.

Nedan redogörs för förslag på organisation vid de olika sjukhusen.

Lycksele lasarett – nuvarande organisation bör bibehållas med möjlighet att knyta fler av de på sjukhuset verksamma rehabiliteringsresurserna till Medicin/rehabklinik. Sjukhusansluten hemrehabilitering, psykologkompetens inom somatisk vård och smärtrehabilitering bör analyseras ytterligare för att hitta arbetssätt som möjliggör en likvärdig vård/rehabilitering med samma kompetensnivå som i övriga länet.

Skellefteå lasarett - nuvarande organisation bör bibehållas men med möjlighet att knyta fler av de på sjukhuset verksamma rehabiliteringsresurserna, exempelvis kuratorer, till basenheten Rehabcentrum Skellefteå. Det saknas geriatriskt öppenvårdsteam i Skellefteå, psykologresurs samt resurser för kvinnosjukvården.

Norrlands universitetssjukhus - nuvarande klinikansluten rehabiliteringsverksamhet bör bibehållas för kliniker med större rehabiliteringsresurser. För kliniker med små resurser föreslås dessa resurser kopplas till en större enhet med möjlighet till flexibilitet och kollegialt stöd, förslagsvis Geriatriskt centrum. Vidare bör de arbetsätt och erfarenheter som Geriatriskt centrum har spridas i länet för att möjliggöra en god vård/rehabilitering för den ökande andelen äldre multisjuka.

NUS saknar hemrehabilitering inom ortopedi för patienter yngre än 65 år, geriatriskt öppenvårdsteam för hela upptagningsområdet. Ett utökat ansvar för patienter i behov av hemrehab ortopedi oavsett ålder föreslås samt en utökning upptagningsområde för att möjliggöra likvärdig vård för Umeå med kranskommuner. Dagrehabilitering för icke yrkesverksamma med stroke/ hjärnskadediagnos och ortopediska skador saknas och bör utredas vidare.

Vårdavdelningar med liten eller ingen tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har begränsade möjligheter att tillgodose behovet av samordnad vård- och omsorgsplanering.

Förslag till nivåstrukturering för rehabilitering

Hälso- och sjukvården i Västerbotten är som beskrivs ovan indelad i primärvård, länsdelssjukvård, länssjukvård och regionsjukvård och även rehabiliteringsverksamheten bör följa denna nivåindelning. Nedan redogörs för förslag till uppdrag för de olika nivåerna:

Nivå 1 - Primärvård

Omfattar alla hälsocentraler inom Hälsoval Västerbotten samt övriga privata vårdgivare med avtal.

Ansaret omfattar:

- rehabilitering inom hälsocentralens ansvarsområde/uppdrag
- teambaserad rehabilitering
- gruppverksamhet
- rehabilitering slutenvård, sjukstugeplatser i Södra Lappland

Nivå 2 - Länssjukvård/Sjukhusvård

Omfattar både sluten- och öppenvård vid länets sjukhus. Ansaret omfattar:

- rehabilitering inom respektive kompetens/ansvarsområde
- teambaserad rehabilitering med fördjupad kompetens i förhållande till nivå 1
- sjukhusansluten hemrehabilitering
- dagrehabilitering
- gruppverksamhet

Nivå 3 - Regionsjukvård/rikssjukvård

Omfattar både sluten- och öppenvård vid Norrlands universitetssjukhus. Ansaret omfattar:

- rehabilitering inom respektive kompetens/ansvarsområde
- teambaserad rehabilitering med fördjupad kompetens i förhållande till nivå 2.
- dagrehabilitering

Ovanstående innebär t.ex. att när behandling avslutas inom länssjukvård/sjukhusvård nivå 2 och behandlingsansvaret övertas av primärvården så överförs även behandlingsansvaret för rehabilitering.

Ovan beskrivna struktur kan av olika anledningar vara ett för stelt sätt att organisera all hälso- och sjukvård. Långa avstånd, små patientgrupper, krav på effektiva arbetsätt m.m. kan komma att påverka arbetssätten för att kunna erbjuda en likvärdig rehabilitering till alla patienter inom länet. De verksamheter som identifieras med gemensamma uppdrag mellan vårdnivåer bör ha ett tydligt uppdrag, vara tydligt resurssatta och möjliga att följa upp.

Förslag till utökad stöd på landstingsnivå för yrkesgrupper inom rehabilitering

Yrkesutveckling

I Primärvården, vissa kliniker på Nus samt inom rehabcentrum finns en litet tjänsteutrymme för yrkes- och verksamhetsutveckling. Dessutom finns yrkesutvecklare för arbetsterapeuter och fysioterapeuter anställda vid FoU-enheten. Tjänsteutrymme för socionom/kurator är vakant. Funktionen som yrkesutvecklare vid FOU-enheten är en landstingsgemensam resurs och i nuvarande uppdrag ingår att vara ett stöd för alla verksamheter där arbetsterapeuter och fysioterapeuter finns. Yrkesutvecklarna arbetar med att förbättra resultat av arbetsterapi/fysioterapi samt att förbättra kvaliteten inom verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Yrkesutvecklarna ansvarar för aktiviteter såsom seminarier, utvecklingsprogram, mötesplatser för samtal och direkt stöd till utvecklingsarbete vid enskilda verksamheter. Funktionen ska också vara en länk mellan verksamheterna och universitetet så att kopplingen mellan forskning, utbildning och klinisk praxis blir tydligare.

För att möjliggöra en likvärdig rehabilitering i hela länet, rättvist nyttjade av resurser, rehabilitering på rätt nivå, säkerställande av en obruten rehabilitering med förbättrad samverkan med primärvård och kommun där rätt använd kompetens nyttjas bör ett utökad stöd på landstingsnivå för rehabiliteringsprofessioner inrättas.

Ett gemensamt nätverkssamarbete för primärvård och sjukhusvård skapas för yrkesutveckling i syfte att stärka en likvärdig och tillgänglig rehabilitering i hela länet med bredd och spets, med inriktning att ge stöd till utveckling och uppföljning av verksamheten. Ett utvecklingsstöd för att utarbeta nivåstrukturerade behandlingsriktlinjer i samarbete med verksamheten, stödja införandet av nationella riktlinjer vårdprogram och där professionell kunskap och förbättringskunskap bidrar till förbättrade processer och system med mätbara resultatförbättringar och ett ökat värde för patienten. I uppdraget ska också ingå ett nära samarbete med universitetet, forskning, utbildning, VFU m.m. vilket är en viktig del för rekrytering av nya medarbetare. Förslag på Organisastionstillhörighet: FoU-staben alt. Geriatriskt centrum

Behandlingsriktlinjer

Inom VLL finns inga tydliga behandlingsriktlinjer/program för rehabilitering som gäller över hela länet. Läns-gemensamma behandlingsriktlinjer för rehabilitering bör utarbetas. De bör utgå från beslutad definition av rehabilitering och inkludera process för förebyggande av ohälsa och för hälsofrämjande arbete. Behandlingslinjer bör beskriva uppdrag/ansvar för de nivåer som föreslås i rapporten samt inkludera läns-gemensam rehabilitering, kommunal hälso- och sjukvård och egenvård. Uppföljningens kriterier bör utarbetas och utvärdering av rehabilitering bör ske utifrån gemensamma bedömnings- och uppföljningsinstrument.

Behandlingslinjer bör vara fastställda av primärvårds- och hälso- och sjukvårdsdirektör. Här finns en stor utvecklingspotential för att uppnå personcentrerad likvärdig rehabilitering med hög kvalitet. i hela länet.

Reflektion

Hälso- och sjukvården består av många olika delar som förväntas följas åt genom hela vårdkedjan och rehabiliteringsprocessen följer samma mönster. Akutsjukvård prioriteras självklart för att rädda liv, men rehabilitering kan många gånger vara den insats som bidrar till att livet är värt att leva. För patienter med kroniska sjukdomar kvarstår behov av rehabilitering under lång tid och kanske som en del av det fortsatta livet.

Min uppfattning är att i många utvecklingsarbeten inom hälso- och sjukvård så beskrivs processer och behandlingsprogram väldigt detaljerat när det handlar om diagnostik, bedömning/behandling, kirurgi och läkemedel. De rehabiliterande delarna finns i många fall inte alls med eller är väldigt kortfattat beskrivna. För att hälso- och sjukvårdens insatser ska göra bäst nytta för våra medborgare bör de

behandlingsriktlinjer jag beskrivit innefatta alla delar i en vårdkedja och utgå utifrån de vårdnivåer som finns.

Det finns mycket statistik på området men det är mycket svåranalyserat då det skiljer i hur man registrerar, planerar och budgeterar, exempelvis så är koordinatorsresursen inbakad i olika yrkeskategoriers tjänstgöringsgrad och de åtgärder som registreras i det arbete de förväntas göra går ej att särskilja i redovisning av resurser. En brist i rapporten är att övriga professioner som arbetar med rehabilitering saknas i uppdraget. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor med flera är viktiga medarbetare i teamet för att rehabiliteringsinsatser ska få full effekt.

Utveckling av verksamhetsgemensamma bedömningsinstrument och kvalitetsindikatorer för att följa utveckling och resultat bidrar till ett ökat lärande i verksamheterna. Att hitta former för att uppmärksamma, bedöma och tillgodose patienters behov av rehabilitering skulle underlättas och ett fortsatt arbete med att stärka patientens delaktighet kan tillgodoses över hela länet. Enheten skulle verka för att rehabiliteringen inom landstinget utvecklas till en kompetent och effektiv verksamhet för framtiden.

Min förhoppning är att denna rapport kan bidra till en hälso- och sjukvård med hög kvalitet även inom rehabiliteringsområdet för alla medborgare i VLL.

Bilagor

Bilaga 1 - Frågor till verksamhetschefer

Sjukhusvård

1. Hur ser uppdrag och ansvarsområden ut för arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och kuratorer inom din verksamhet?
2. Har du dietistresurs på kliniken? i så fall gäller frågorna även den resursen.
3. Ser uppdragen olika ut beroende på vårdnivå?
 - slutenvård?
 - öppenvård?
 - länsdelssjukvård?
 - länssjukvård/regionvård?
4. Hur mycket resurser har du per yrkeskategori?
5. Hur stor tjänstgöringsgrad är fördelad till vårdavdelning respektive mottagning eller annat, för varje yrkeskategori?
6. Hur stor del av din verksamhet är länssjukvård och/eller regionvård för dessa yrkesgrupper?
7. Har ni ett polikliniskt behandlingsansvar för länspatienter/regionpatienter?

Primärvård

1. Vilka rehabresurser finns inom din verksamhet? Ex: Arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, psykolog, rehabassistent, logoped eller annan.
2. Hur stor är resursen/resurserna för varje yrkeskategori?
3. Inryms koordinatoruppdrag i något tjänsteutrymme? i så fall för vilken yrkeskategori och hur stort tjänsteutrymme?
4. Hur ser uppdrag och ansvarsområden ut för rehabiliteringspersonal inom din verksamhet?
5. Har din hälsocentral något utökat uppdrag som innefattar rehabiliteringspersonal och hur är det i så fall resurssatt?
6. För er som har sjukstugeplatser: Hur många platser är landstingsansvar?
7. Vilka rehabiliteringsresurser nyttjas för denna verksamhet?
8. Hur stor tjänstgöringsgrad nyttjas för sjukstugeplatserna?

Bilaga 2 - Rehabiliteringsresurser primärvård/1 000 listade. Koordinatorsresursen redovisas separat

Arbetsterapeut

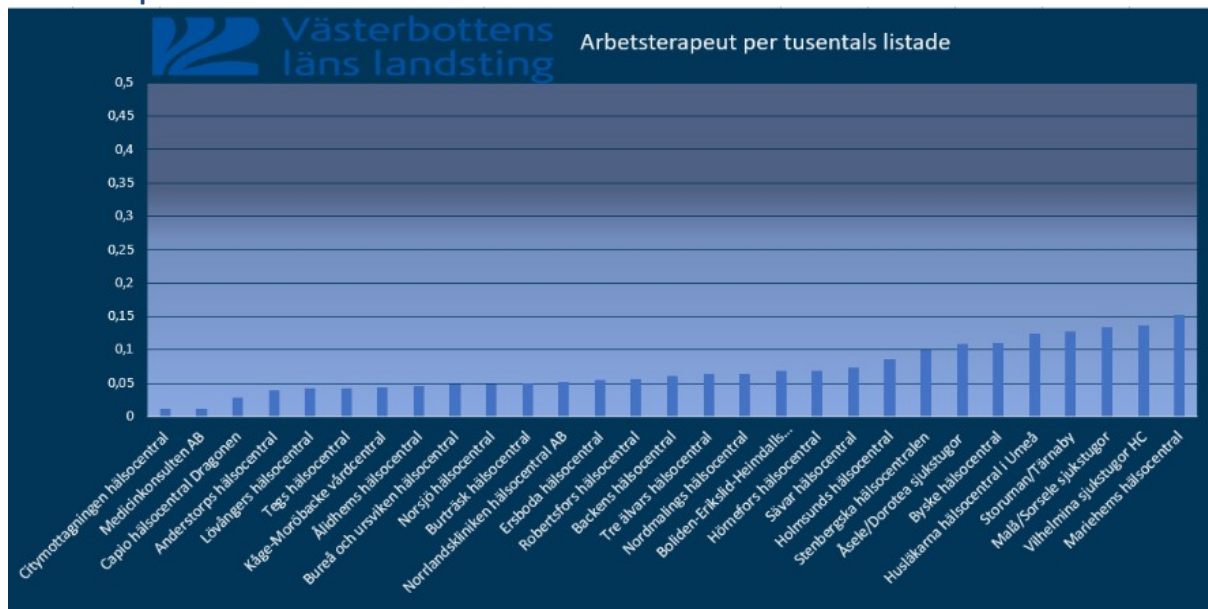


Diagram 1. Spec uppdrag: Mariehem HC har resurs för försäkringsmedicinska utredningar för Umeå primärvårdsområde. Byske HC har resurs för försäkringsmedicinska utredningar för Skellefteå området. Vännäs HC Habiliteringsteam team 0,20. Stenbergiska HC och Heimdall-Erikslid-Boliden HC har utökad resurs för första linjens uppdrag.

Fysioterapeut

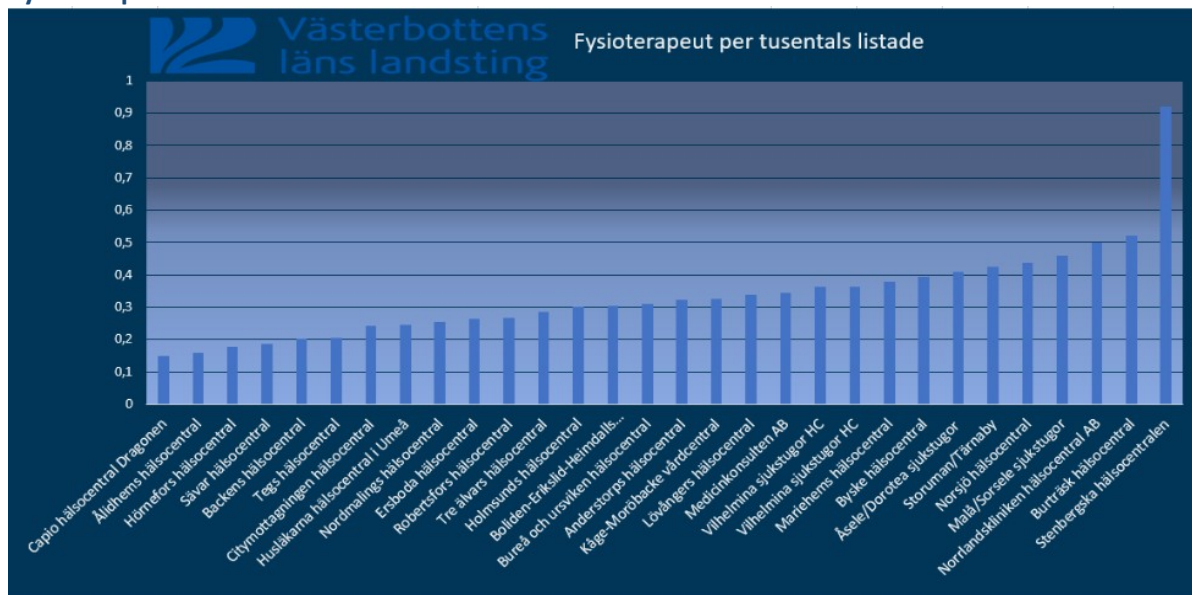


Diagram 2. Spec uppdrag: Ersboda HC har 1,0 resurs som för hela Umeå primärvårdsområde, ej medräknad. Vännäs HC Habiliteringsteam 0,20, Heimdall-Erikslid-Boliden HC, Stenbergiska HC och Malå-Sorsele HC har utökad resurs för första linjens uppdrag. Byske HC, Vännäs HC, Nordmaling HC, Robertsfors HC, Storuman HC och Malå HC nyttjar privata fysioterapeuter vilket inte finns inräknat i ovanstående redovisning.

Kurator



Diagram 3. Spec uppdrag: Citymottagningen har gruppverksamhet med inriktning på stress ångest och KBT. Heimdall-Erikslid-Boliden HC, Stenbergska HC har utökad resurs för första linjens uppdrag.

Psykolog

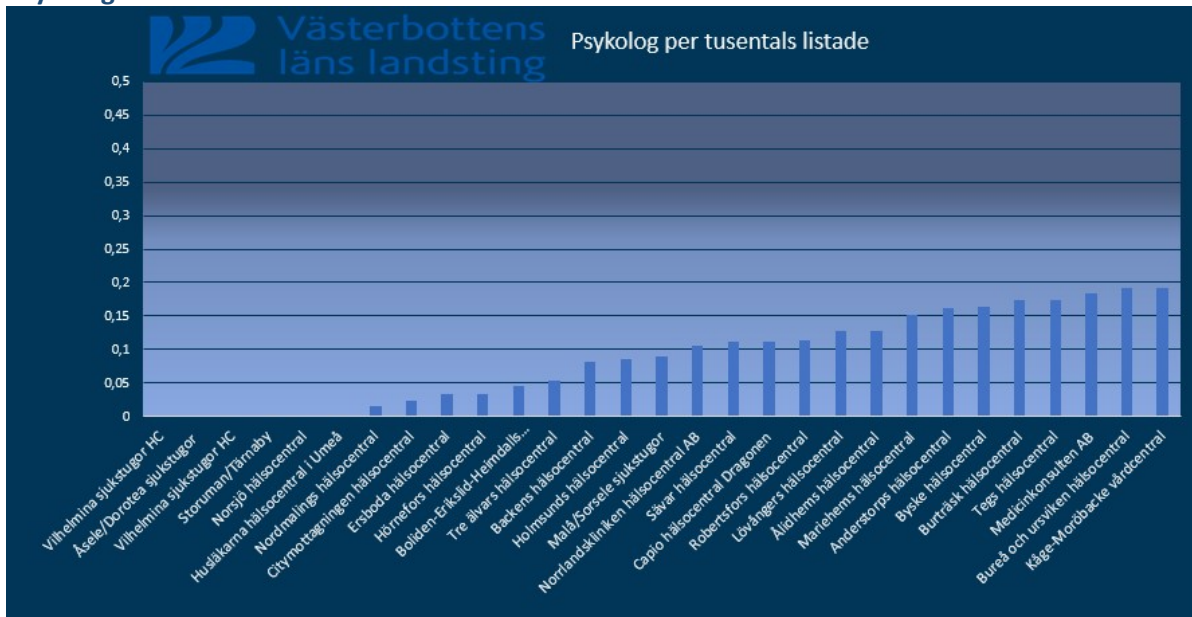


Diagram 4. Spec uppdrag: Citymottagningen har gruppverksamhet med inriktning på stress ångest och KBT. Bjurholm HC som upphandlar privat psykolog vid behov. Heimdall-Erikslid-Boliden HC, Stenbergska HC har utökad resurs för första linjens uppdrag.

Koordinator



Diagram 5. Koordinatorsresurs inom primärvården

Bilaga 3 - Rehabiliteringsresurser primärvård kopplat till produktion. Koordinatorsresursen medräknad

Arbetsterapeut

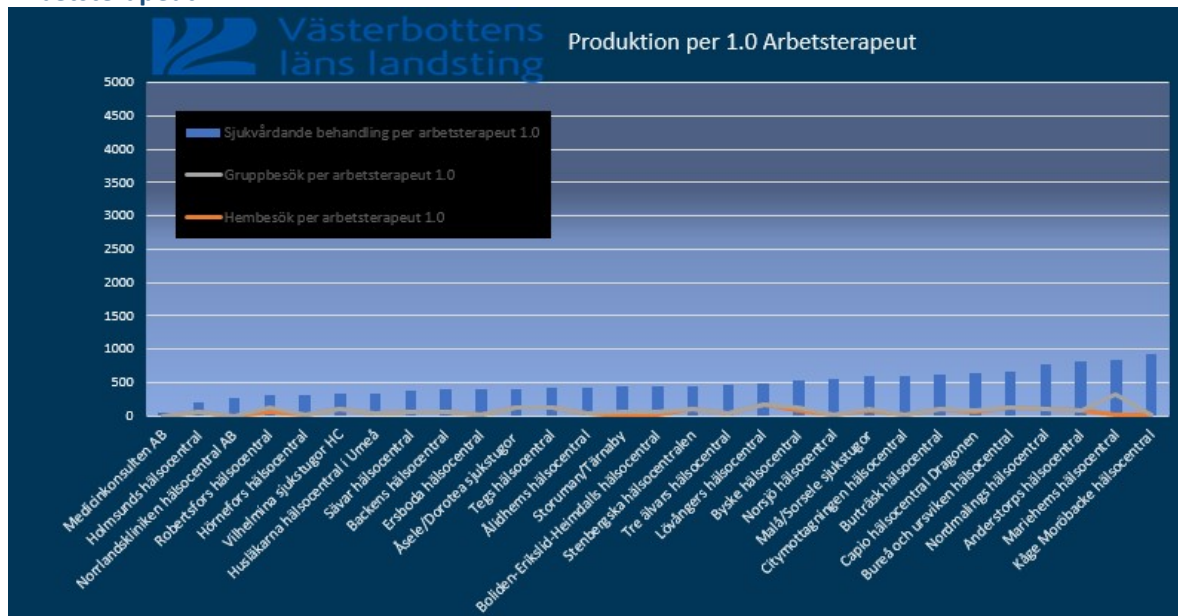


Diagram 1. Spec uppdrag: Mariehem HC har resurs för försäkringsmedicinska utredningar för Umeå primärvårdsområde. Byske HC har resurs för försäkringsmedicinska utredningar för Skellefteåområdet. Vännäs HC Habiliteringsteam team 0,20.

Fysioterapeut

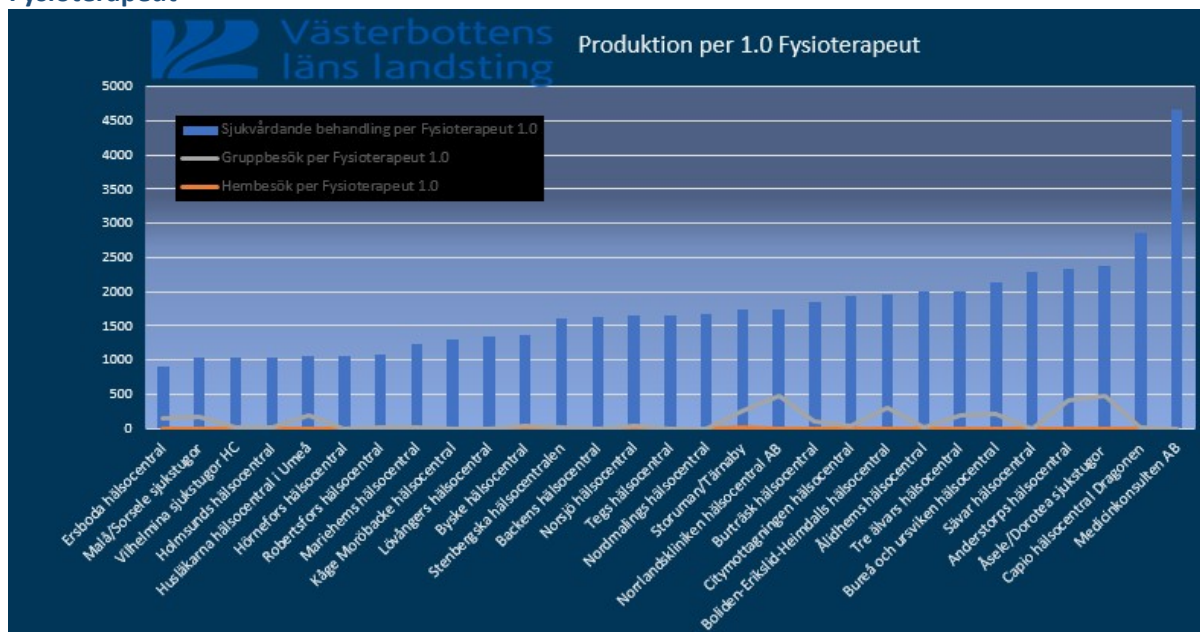


Diagram 2. Spec uppdrag: Ersboda HC har 1,0 resurs för hela Umeå primärvårdsområde, här medräknad. Vännäs HC Habiliteringsteam 0,20.

Kurator

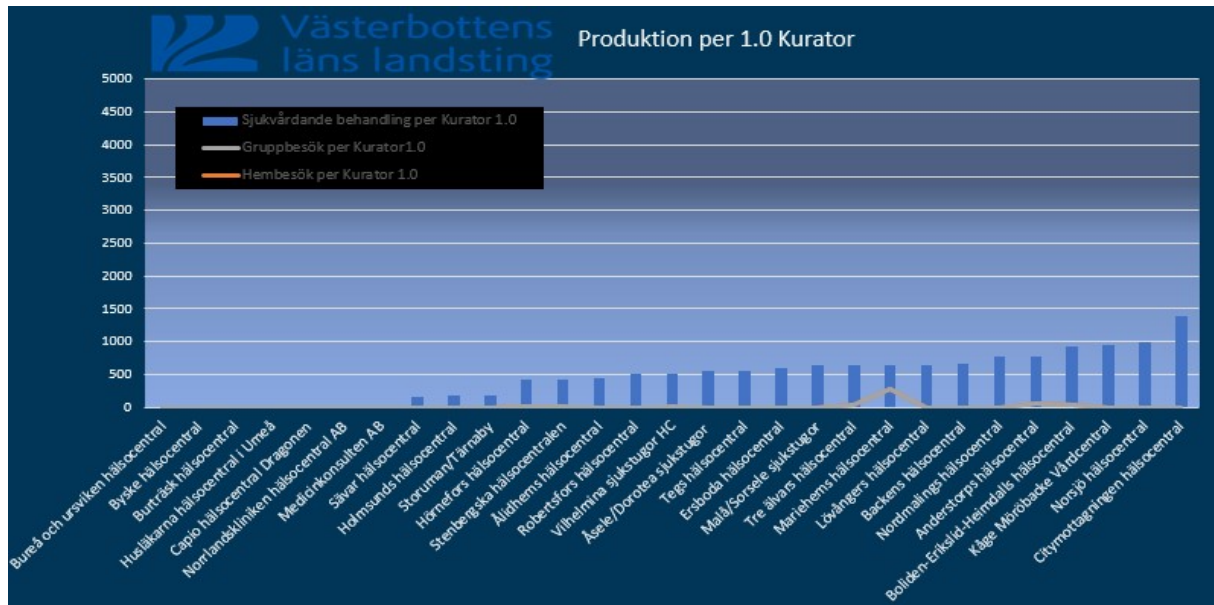


Diagram 3. Spec uppdrag: Citymottagningen har gruppverksamhet med inriktning på stress ångest och KBT.

Psykolog

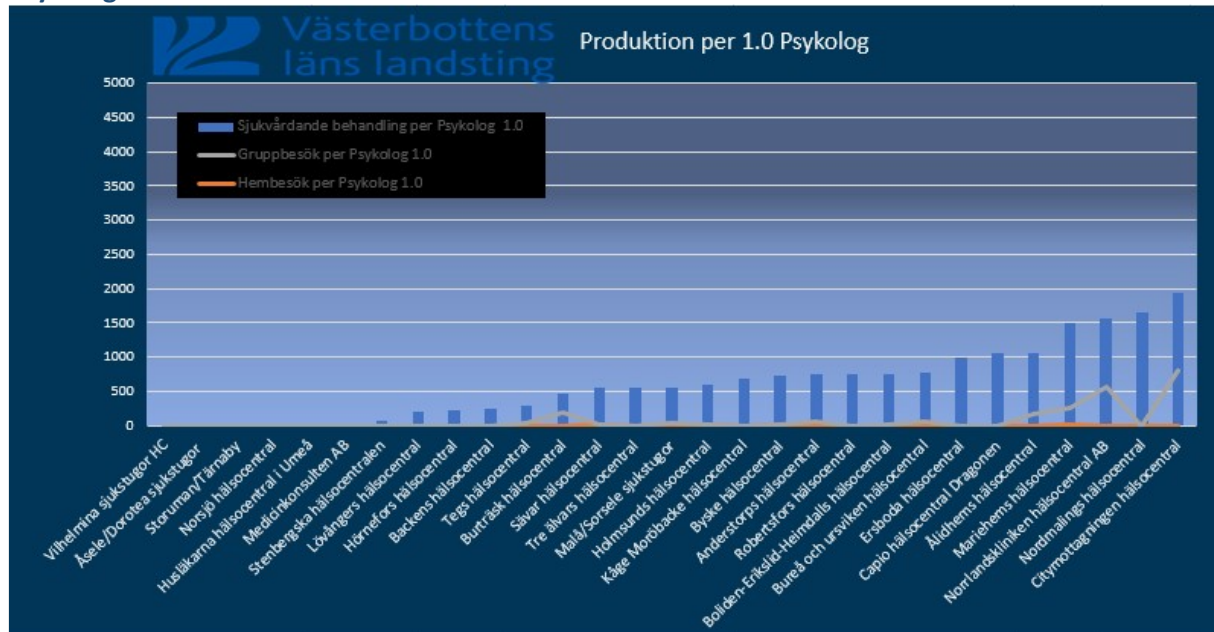


Diagram 4. Spec uppdrag: Citymottagningen har gruppverksamhet med inriktning på stress ångest och KBT. Bjurholm HC privat psykolog upphandlas vid behov.

Bilaga 4 - Rehabiliteringsresurser primärvård sjukstugeplatser

Sjukstuga	Arbetsterapeut tjänst	Resurs/patient och vecka	Fysioterapeut tjänst	Resurs/patient och vecka
Dorotea 4+4 vpl	0,25	1,5 tim/vecka	0,25	1,5 tim/vecka
Malå 4 vpl	0,1	1 tim/vecka	0,1	1 tim/vecka
Sorsele 4 vpl	0,1	1 tim/vecka	0,1	1 tim/vecka
Storuman 8+8 vpl	0,25	40 min/vecka	0,30	45 min/vecka
Tärnaby 2 vpl	0	0	0,1	2 tim/vecka
Vilhelmina 8 vpl	0,1	30 min/vecka	0,1	30 min/vecka
Åsele 4 vpl	0,05	30 min/vecka	0,05	30 min/vecka

Tabell 1. Resurs för arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast. Tillgång till övriga rehabresurser finns för enstaka ärenden.

Bilaga 5 Resurser/klinik och sjukhus

Resurser/sjukhus 2016

NUS	Arbets- terapeut	Dietist	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Logoped	Rehab- assistent
Geriatriskt centrum	7,65	1,5	10,2	3,75	1,75	-	-
Barn- och ungdomscentrum	0,8	3,7	3,25	7,2	3,8	-	-
Reumatologi	2,0	0,15	3,75	0,9	-	-	2,75
Hjärtcentrum	-	0,15	5,3	1,0	-	-	-
Neuro- huvud- och halscentrum	18,0	1,0	23,0	11,0	10,2	9,0	3,5
Infektion	0,25	0,25	1,0	1,0	-	-	-
Rörelseorganens centrum	1,5	0,15	9,85	1,0	-	-	-
Centrum för gynekologi och obstetrik	-	2,0	0,5	1,0	-	-	-
Cancercentrum	1,8	2,8	3,0	3,0	-	-	-
Pallativ medicin	1,0	0,2	0,25	0,75	-	-	-
Medicincentrum	0,75	3,0	3,9	2,75	-	-	-
Kirurgcentrum	0,25	1,5	2,0	1,0	-	-	-
Centrum för anestesi, operation och intensivvård Västerbotten	-	-	1,0	1,0	-	-	-
Hand- och plastikkirurgi	2,5	-	2,6	-	-	-	-
Arbets- och beteendemedicinskt centrum	-	2	7	1	6	-	-
Hud och STD	-	-	-	1	-	-	-
Totalt	36,5	18,4	76,6	37,35	21,75	9,0	6,25
Lycksele lasarett	Arbets- terapeut	Dietist	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Logoped	Rehab- assistent
Medicin-rehab	5,0	0,75	6,3	2,35	-	-	-
Reumatologi	0,5	-	1,0	-	-	-	-
Kirurgcentrum	-	0,5	-	-	-	-	-
Neuro- huvud- och halscentrum	-	-	-	-	-	2,0	-
Totalt	5,5	1,25	7,3	2,35	-	2,0	-
Skellefteå lasarett	Arbets- terapeut	Dietist	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Logoped	Rehab- assistent
Medicin-geriatrik	-	1,5	-	2,0	-	-	0,0
Rehabcentrum	12,55	-	18,85	2,0	-	-	3,25
Kirurgcentrum	-	0,25	-	0,5	-	-	-
Centrum för gynekologi och obstetrik	-	-	-	1,25	-	-	-
Barn- och ungdomscentrum	-	1,0	-	1,0	0,2	-	-
Neuro- huvud- och halscentrum	-	-	-	-	-	3,0	-
Totalt	12,55	2,75	18,85	6,75	0,2	3,0	3,25
Psykiatri	Arbets- terapeut	Dietist	Fysio- terapeut	Kurator	Psykolog	Logoped	Rehab- assistent
NUS	11,2	0,3	7,8	23,9	29,7	-	-
Skeå SLL	7,5	-	2,0	13,6	19,6	-	-

Bilaga 6 - Rehabiliteringsresurser sjukhusansluten hemsjukvård

Stroke

Personalkategori	NUS			Skellefteå		
	Resurs	Patienter	Resurs/ patient	Resurs	Patienter	Resurs/ patient
Arbetsterapeut	2	222	0,009	1,25	176	0,007
Fysioterapeut	2	222	0,009	1,25	176	0,007
Kurator	0,20	222	0,001	0,35	176	0,002
SSK	1	222	0,005	0,50	176	0,003
Neuropsykolog	0,25	222	0,001	0	0	0
Logoped	0,20	222	0,001	0	0	0

Tabell 2. I hemrehab stroke NUS har patienter i yrkesverksam ålder möjlighet till fortsatt rehabilitering på Neurorehab Sävar. I hemrehab stroke Skellefteå inräknas även kurs för hjärntrötta. Patienter som har behov av fortsatt teamrehabilitering remitteras till Dagrehab (ca 15-18 patienter/år).

Ortopedi

Personalkategori	NUS			Skellefteå		
	Resurs	Patienter	Resurs/ patient	Resurs	Patienter	Resurs/ patient
Arbetsterapeut	1,5	136	0,011	0,75	107	0,007
Fysioterapeut	1,7	136	0,013	1	107	0,009
Kurator	0,25	136	0,002	0,02	107	0,000
SSK	1,6	136	0,012	0,50	107	0,005

Tabell 1. Hemrehab ortopedi NUS skriver in patienter 65 år och äldre som bor inom ca 3 mils radie. Hemrehab Skellefteå alla åldrar och hela upptagningsområdet. Patienter som har behov av fortsatt teamrehabilitering remitteras till Dagrehab (Ca.15-20 patienter/år). Traumatiska skador, svärmobiliserade patienter efter frakturer och amputerade.)

Bilaga 7 - Rehabiliteringsresurser Psykiatri Västerbotten

Personalkategori	NUS	Ske-å/SSL
Arbetsterapeut	10,3	7,5
Fysioterapeut	7,5	2,0
Kurator	24,7	13,6
Dietist	0,3	0,0
Psykolog	31,5	19,6

Tabell 1. Fördelning resurser rehabiliteringsresurser Psykiatri NUS jämfört med resurs Skellefteå/Södra Lappland.