

Kartläggning av rehabilitering i region Norrbotten - en nulägesbeskrivning

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	5
1.1.1	Utgångsläge – en rehabiliteringsöverenskommelse.....	5
1.1.2	Tre vårdnivåer för rehabilitering	6
1.2	Syfte.....	6
1.3	Data och metod.....	7
1.4	Avgränsning	7
1.5	Sammanfattning.....	7
1.5.1	Primärvård	7
1.5.2	Öppenvårdsrehabilitering	8
1.5.3	Rehabiliteringsmedicin.....	8
1.5.4	Cancerrehabilitering	8
1.5.5	Dialog med patienter	8
1.6	Rekommendationer.....	8
1.6.1	Primärvård	8
1.6.2	Öppenvårdsrehabilitering	9
1.6.3	Rehabiliteringsmedicin.....	9
1.6.4	Cancerrehabilitering	9
1.6.5	Patientdialog.....	9
1.6.6	Övriga rekommendationer.....	10
3	Primärvård	11
3.1	Geografiska skillnader.....	11
3.1.1	Tillgång till paramedicinska resurser	11
3.1.2	Hälsocentralernas resurser i förhållande till antalet listade patienter	12
3.2	Besök hos paramedicinsk resurs.....	13
3.2.1	Ålders- och könsfördelning av patienter	13
3.2.2	Diagnosgrupper i primärvård	14
3.2.3	Täckningsgrad	14
3.2.4	Besök per patient och vårdgivarkategori.....	16
3.3	Samverkan och samordning med kommuner	19
3.4	Sammanfattning primärvård.....	20
3.4.1	Tillgången till paramedicinska resurser varierade vid länets hälsocentraler.....	20
3.4.2	Det var fler kvinnor än män som besökte paramedicinska resurser och flest i arbetsför ålder	20
3.4.3	Bristfällig diagnosättning av besök under 2018.....	21

3.4.4	Det fanns skillnader i hälsocentralernas täckningsgrad.....	21
3.4.5	Befolkningstäta närsjukvårdsområden hade fler besök per listad patient.....	21
3.4.6	Orter med stor andel privata fysioterapeuter hade större konsumtion av fysioterapi	21
3.4.7	Resurser i förhållande till antal listade skilde sig åt mellan hälsocentraler.....	22
3.4.8	Paramedicinska resurser deltog i mycket liten omfattning vid samordnad individuell planering	22
3.4.9	Slutsatser primärvård.....	22
4	Öppenvårdsrehabilitering	24
4.1	Resurser 2018	24
4.2	Diagnosgrupper	25
4.3	Ålders- och könsfördelning patienter	25
4.4	Produktion/besök per patient.....	26
4.5	Täckningsgrad	27
4.6	Remitterande instanser	28
4.7	Sammanfattning öppenvårdsrehabilitering.....	28
4.7.1	Resurser och produktion varierade	29
4.7.2	Mest äldre personer som deltog i öppenvårdsrehabilitering.	29
4.7.3	Fler män än kvinnor fick rehabilitering vid öppenvårdsrehabilitering	29
4.7.4	Neurologiska skador och sjukdomar dominerade	29
4.7.5	Hur stor andel av befolkningsunderlaget som fått rehabilitering varierade.....	30
4.7.6	Täckningsgraden för verksamheternas upptagningsområde varierade	30
4.7.7	De flesta remisserna kom från länets sjukhus	30
4.7.8	Slutsatser öppenvårdsrehabilitering.....	31
5	Rehabiliteringsmedicin Sunderby sjukhus	32
5.1	Avdelning 41 neurorehabilitering.....	32
5.1.1	Resurser	32
5.1.2	Diagnosgrupper	33
5.1.3	Köns- och åldersfördelning av patienter.....	33
5.1.4	Produktion	33
5.1.5	Geografisk fördelning av patienter.....	34
5.2	Garnis rehabcenter.....	34
5.2.1	Resurser	35

5.2.2	Diagnosgrupper	35
5.2.3	Åldersfördelning av patienter	35
5.2.4	Produktion	36
5.2.5	Täckningsgrad	36
5.2.6	Remitterande instanser	36
5.3	Sammanfattning rehabiliteringsmedicin.....	37
	Avdelning 41 neurorehabilitering.....	37
5.3.1	Dubbelt så många män som kvinnor med neurologiska diagnoser vårdades vid avdelningen 2018.....	37
5.3.2	Svårighet med vårdplatser ledde till att färre patienter fick ta del av den specialiserade rehabiliteringen	38
5.3.3	Ojämn geografisk fördelning av patienter	38
	Garnis rehabcenter	38
5.3.4	Mest neurologiska diagnoser vid Garnis	38
5.3.5	Jämn fördelning mellan kvinnor och män samt låg medelålder 38	
5.3.6	Minskat antal besök under 2018.....	38
5.3.7	Andelen patienter från Gällivare och Kiruna har minskat samtidigt har patienter från Boden och Luleå ökat	38
5.3.8	Slutsatser rehabiliteringsmedicin.....	39
6	Cancerrehabilitering	40
7	Dialog med patienter	41
7.1	Tillgång till rehabilitering.....	41
7.2	Samordning.....	41
7.3	Kontinuitet	41
7.4	Förslag till utveckling	42
7.5	Sammanfattning av dialog med patienter	42
7.5.1	Tillgången till rehabilitering sviktat	42
7.5.2	Samordningen mellan slutenvård och primärvård behöver utvecklas 43	
7.5.3	Dålig kännedom om möjlighet till fast vårdkontakt som hjälp till att koordinera vård och rehabilitering.....	43
7.5.4	Slutsatser dialog med patienter	43

1 Bakgrund

Med rehabilitering avses insatser som ska bidra till att en person med förvärvad 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. Det finns möjligheter att påverka insjuknande och vårdbehov. Både grad av insjuknande, risk för komplikationer och den successiva försämring som är kopplade till många kroniska diagnoser går till stor del att påverka genom behandling, rehabilitering och förebyggande insatser. För att nå målbilden i strategin Vägen till framtidens hälsa och vård 2035, behövs en välfungerande rehabilitering i Norrbotten.

Hösten 2017 genomfördes nationella patientenkäten inom området rehabilitering. Resultatet från den visade att Norrbotten låg 4-8 procentenheter lägre än riket för samtliga indikatorer. I Riksstrokes 1-års uppföljning för 2016, framgår att endast 49 procent av norrbottningarna var nöjda med den rehabilitering de erhållit jämfört med rikets 60 procent. Nio procent av norrbottningarna uppgav att de behövt men inte fått rehabilitering. Motsvarande siffror för riket var sex procent. Norrbotten låg sämst i landet för de båda Riksstroke indikatorerna.

1.1.1 Utgångsläge – en rehabiliteringsöverenskommelse

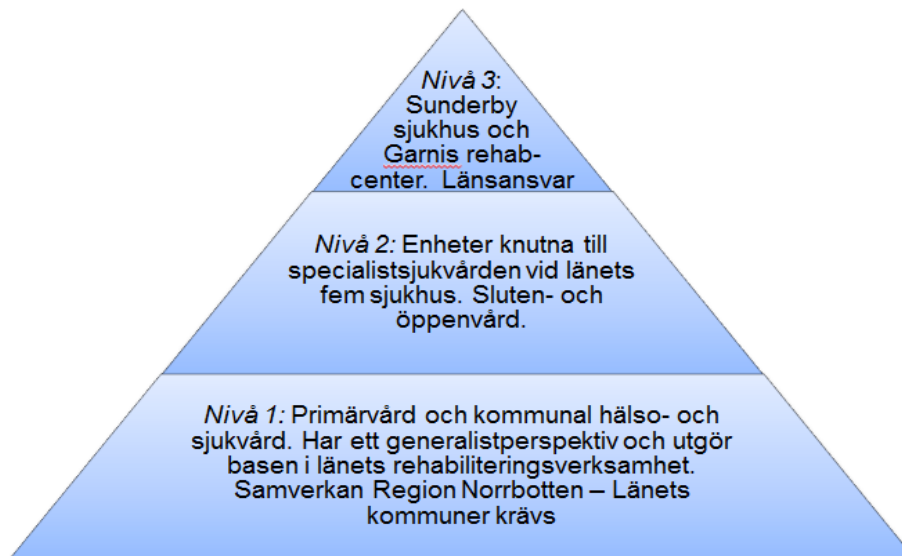
Under 2017 genomförde division Närsjukvård en revidering av den rehabiliteringsöverenskommelse som togs fram 2011. De nya riktlinjerna för rehabiliteringsansvar i Norrbotten antogs av regionstyrelsen i juni 2018. Målgrupp för riktlinjerna är personer med sammansatta, långvariga, ibland återkommande behov av rehabilitering, exempelvis geriatriska patienter och patienter med stroke eller neurologiska sjukdomar. De neurologiska sjukdomar som initialt inte ger svåra symtom men som på längre sikt kan medföra stora rehabiliteringsbehov hos patienten omfattas också av denna riktlinje.

Inför revideringen gjorde Närsjukvården intervjuer med rehabiliteringsaktörer inom kommuner och regionen. Vid dessa framkom att rehabilitering för målgruppen sker i mycket begränsad omfattning inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Patienter från målgruppen har svårt att själva söka kontakt med vården och det skrivs få remisser för träning/rehabilitering till primärvården. I den kommunala hälso- och sjukvården uppgav man att resurserna var otillräckliga för att kunna bedriva rehabilitering av målgruppen.

Den öppenvårdsrehabilitering som finns vid länets samtliga närsjukvårdsområden har en fördjupad kompetens inom de diagnosområden som berörs av riktlinjerna och riktar sig mot målgruppen med sammansatta, långvariga, ibland återkommande behov av rehabilitering. Verksamheten sker dagtid och patienterna reser dagligen till och från öppenvårdsrehabiliteringen. Detta gör att det finns patienter i glesbygd som inte kan delta i verksamheten på grund av alltför långa avstånd till sjukhuset.

1.1.2 Tre vårdnivåer för rehabilitering

Den rehabiliteringsverksamhet som bedrivs i Region Norrbotten indelas översiktligt i tre vårdnivåer:



Nivå 1: Rehabilitering på nivå 1 är ett ansvar för primärvården och kommunal hälso- och sjukvård vilka har ett generalistperspektiv och utgör basen i länets rehabiliteringsverksamhet.

Nivå 2: Rehabiliteringsverksamheterna på nivå 2 sker dels i slutenvård vid exempelvis strokeenhet och dels inom Öppenvårdsrehabilitering, som är knuten till specialistsjukvården vid länets fem sjukhus. Verksamheterna har ett specialiserat perspektiv och erbjuder en fördjupad kompetens och mer resurser än vad som finns tillgängligt på nivå 1.

Nivå 3: Rehabiliteringsverksamheterna på nivå 3 bedrivs vid Rehabiliteringsmedicin Sunderby sjukhus och Garnis rehabcenter, med hela länet som upptagningsområde. Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område jämfört med nivå 2.

1.2 Syfte

Idag finns ingen samlad bild av regionens rehabiliteringsverksamhet, Därför finns behov av en kartläggning som beskriver nuläget (tre vårdnivåer) samt om rehabiliteringen ges på lika villkor över länet.

De frågor som kartläggningen söker svar på är:

- Vilka diagnosgrupper och i vilken omfattning, förekommer i primärvården, öppenvårdsrehabilitering samt rehabiliteringsmedicins verksamheter?

- Besök hos fysioterapeuter som verkar på nationella taxan?
- Geografisk spridning för länsdels- eller länsverksamheter?
- Brukarorganisationernas synpunkter på rehabiliteringen i länet?

Kartläggningen utgör underlag för utveckling av rehabiliteringsverksamheten i Norrbotten.

1.3 Data och metod

Data har samlats in via regionens datalager, kvalitetsregistret Webrehab, intervjuer med medarbetare och chefer samt intervjuer med patientföreningar. Kartläggningen syftar till att ge en bild av nuläget för länets rehabiliteringsverksamhet. Resultaten är presenterade för 2018.

1.4 Avgränsning

På grund av svårigheter att fånga data om rehabilitering från slutna specialistvård har kartläggningen avgränsats till resultat för primärvård, öppenvårdsrehabilitering samt rehabiliteringsmedicinska vårdavdelningen 41 neurologi vid Sunderby sjukhus och Garnis rehabcenter.

1.5 Sammanfattning

Fokus för kartläggningen har varit patienter med förvärvade sammansatta, långvariga och ibland återkommande behov av rehabilitering. Denna patientgrupp kräver stora rehabiliteringsinsatser för att fungera hemma i vardagen och inte belasta sjukvården och kommer troligen att bli större utifrån den demografiska utvecklingen i länet. Resultaten för primärvård har på grund av bristande diagnosregistrering inte gått att rikta mot målgruppen utan presenteras för samtliga patienter som fått rehabilitering i primärvård.

1.5.1 Primärvård

- Av de som besökte primärvården 2018 var 55 procent kvinnor och 45 procent män. Besöken hos arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator/psykolog under samma period gjordes av en större andel kvinnor (60-69 procent).
- Patienternas åldersfördelning: Sex procent av patienterna var 0-19 år, 60 procent var 20-64 år och 34 procent av patienterna var 65 år eller äldre.
- Rehabiliteringsaktörer inom primärvård har bristfällig diagnosättning av patientbesök.
- Täckningsgraden för hälsocentralerna är beroende av hur samarbete mellan hälsocentralerna fungerar samt tillgång till privata aktörer.
- Befolkningstäta områden har högre konsumtion per listad patient. Områden med många privata fysioterapietableringar har en högre konsumtion av fysioterapi.
- Hälsocentraler i Luleå har få fysioterapeuter anställda. En konsekvens av detta blir sämre samarbete kring patienter med behov av samverkan kring vård och rehabilitering vid hälsocentralen.
- Arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator/psykolog deltar inte vid framtagande av samordnade individuella planer till personer med behov av dessa.

1.5.2 Öppenvårdsrehabilitering

- Under 2018 var det 491 patienter som besökte länets öppenvårdsrehabiliteringar. De flesta patienterna var 65 år och äldre, andelen varierade mellan 43 och 75 procent mellan enheterna. Totalt deltog 223 kvinnor (45 %) och 268 (55 %) män.
- Den största gruppen (36 %) fick rehabilitering efter stroke och cirka 25 procent av patienterna rehabilitering för sjukdomar i nerv-systemet exempelvis MS eller Parkinson.
- De flesta remisserna till öppenvårdsrehabilitering kom från länets sjukhus.
- Resurser och produktion för öppenvårdsrehabilitering varierar över länet.
- Öppenvårdsrehabilitering vänder sig främst till äldre personer förutom i Luleå där fler patienter var under än över 65 år.
- Förmågan att erbjuda rehabilitering till hela upptagningsområdet varierar för länets öppenvårdsrehabilitering.

1.5.3 Rehabiliteringsmedicin

- Jämfört med riket var det en högre andel män (68%) än kvinnor (32%) som fick rehabilitering vid avd 41 neurorehabilitering, Sunderby sjukhus
- Det är fler patienter från Luleå och Boden, i förhållande till befolkningsunderlaget, som fått ta del av de specialiserade resurserna vid avdelning 41 neurorehabilitering än patienter från övriga länet
- Vid Garnis rehabcenter har andelen patienter från Luleå och Boden ökat jämfört med övriga länet, i förhållande till befolkningsunderlaget.

1.5.4 Cancerrehabilitering

- Norrbotten har ingen etablerad struktur för cancerrehabilitering vilket medfört att rehabiliteringen inte lyfts in i de lokala vårdprogrammen för cancer.

1.5.5 Dialog med patienter

- Företrädare för patienter i målgruppen för kartläggningen, framför att tillgången till rehabilitering är otillräcklig i länet gällande samtliga nivåer för rehabilitering utifrån regionens rehabiliteringsöverenskommelse.
- Ingen rehabilitering erbjuds de personer som är i behov av regelbunden rehabiliteringen och samtidigt har stora behov av omvårdnad.
- Det saknas samordnade individuella planer för rehabilitering och kännetecknet om möjlighet till detta är låg hos patienterna

1.6 Rekommendationer

1.6.1 Primärvård

Diagnossättningen bland arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator/psykolog i primärvård behöver förbättras så att relevant statistik kan tas ut som underlag för utvecklings- och förbättringsarbete.

Primärvården bör förbättra samarbetet med privata fysioterapeuter för patienter med behov av samverkan kring vård och rehabilitering.

Öka rehabiliteringsaktörernas deltagande vid samordnad individuell planering så att viktiga områden inte tappas bort vid planeringen. Detta kan påverka individens möjligheter att kunna bo i eget boende och behålla eller förbättra sin hälsa och funktionsförmåga så att vårdbehovet minskar.

1.6.2 Öppenvårdsrehabilitering

Utforma ett enhetligt uppdrag och arbetssätt för öppenvårdsrehabilitering i länet med rehabiliteringsöverenskommelsen som utgångspunkt.

Nyttja digitala lösningar och samverkan med primärvård i glesbygd för att minska ojämlikheten av tillgång till öppenvårdsrehabilitering i länet.

1.6.3 Rehabiliteringsmedicin

Analys av varför en högre andel män än kvinnor, jämfört med motsvarande verksamheter i riket, fått rehabilitering vid avd 41 neurorehabilitering, Sunderby sjukhus bör genomföras för att säkra att rehabiliteringen som erbjuds är jämställd.

En större andel patienter från Luleå och Boden har fått ta del av de specialiserade resurserna vid avdelning 41 neurorehabilitering än patienter från övriga länet. Detta är inte en jämlik tillgång till rehabilitering och en analys behöver genomföras.

Vid Garnis rehabcenter har andelen patienter från Luleå och Boden ökat i förhållande till befolkningsunderlaget jämfört med övriga länet. Detta är inte en jämlik tillgång till rehabilitering i länet och en analys av orsakerna bör genomföras.

1.6.4 Cancerrehabilitering

Representant för rehabilitering lyfts in i styrgruppen för LCC, förslagsvis verksamhetschef för paramedicin i Sunderbyn

Beskrivning av rehabiliteringsprocessen för cancerpatienter tas fram. Pilot inom ett av de standardiserade vårdförloppen för cancer

1.6.5 Patientdialog

Ansvar för att erbjuda personer med stora omvårdnadsbehov rehabilitering bör utredas i samverkan med länets kommuner för att tydliggöra huvudmännens ansvarsområden.

De samordnade individuella planerna behöver omfatta även planerad rehabilitering för patienten för att säkerställa individens möjligheter att kunna bo i eget boende och behålla eller förbättra sin hälsa och funktionsförmåga.

Med de diagnoser som målgruppen har, kommer återkommande rehabiliteringsperioder att krävas livet ut. Kännedomen om möjlighet till stöd att koor-

dinera sin rehabilitering är låg. Rehabiliteringsverksamheterna kan inte förvänta sig att patienter i målgruppen ska initiera rehabiliteringsperioder utan behöver bli bättre på att regelbundet erbjuda rehabilitering utifrån behov.

1.6.6 Övriga rekommendationer

Rehabilitering finns inom många områden i hälso- och sjukvården. Denna kartläggning har berört en målgrupp som blir viktig att nå för att målbilden i strategin Vägen till framtidens hälsa och vård 2035 ska uppfyllas. Dock finns det flera diagnosgrupper med stora behov av rehabilitering vilka inte omfattas av kartläggningen. Om norrbottningarna ska få en jämställd och jämlik rehabilitering krävs både mer genomlysning av området samt länsövergripande arbete för att skapa gemensamma arbetssätt. Rehabiliteringsöverenskommelsen bör ligga till grund för detta arbete.

Under 2020 påbörjas införandet av standardiserade vårdförlopp, SVF, för några kroniska sjukdomar bland annat hjärtsvikt och KOL. Rehabilitering måste ingå i det arbetet.

3 Primärvård

Primärvårdsresultaten redovisas för de paramedicinska vårdgivarkategorier som är vanligast förekommande vid länets hälsocentraler; arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator samt psykolog. Andra vårdgivarkategorier förekommer också men i mindre omfattning. På grund av bristfällig diagnosättning i primärvården har det inte varit möjligt att ta fram statistik utifrån målgruppen med sammansatta, långvariga, ibland återkommande behov av rehabilitering, exempelvis geriatriska patienter och patienter med stroke eller neurologiska sjukdomar. Den statistik som visas i detta kapitel bygger på samtliga besök hos utvalda vårdgivarkategorier och därmed samtliga diagnoser.

Under 2018 fick 33 668 invånare ta del av rehabiliterande åtgärder i länets primärvård. Av dessa besökte 16 procent arbetsterapeut, 76 procent fysioterapeut samt 8 procent kurator/psykolog. Cirka 17 procent av besöken saknade diagnosättning och 20 procent hade så kallad Z-diagnos vilket inte beskriver sjukdomsdiagnos. Av de besök som fick diagnoser, hade arbetsterapeut och kurator flest besök inom gruppen med psykisk ohälsa. Fysioterapeuter hade flest besök inom området muskuloskeltala besvär och smärta. Av samtliga invånare som fått ta del av rehabilitering var de flesta patienterna i arbetsför ålder (60 %) och en dryg tredjedel är 65 år eller äldre (34 %). I patientgruppen fanns fler kvinnor (61 %) än män.

3.1 Geografiska skillnader

Vården i Norrbotten är indelad i fem närsjukvårdsområden med tillhörande kommuner: Kiruna, Gällivare, Kalix, Luleå Boden samt Piteå närsjukvårdsområde. Närsjukvårdsområdet består av ett sjukhus samt de hälsocentraler som finns i de tillhörande kommunerna.

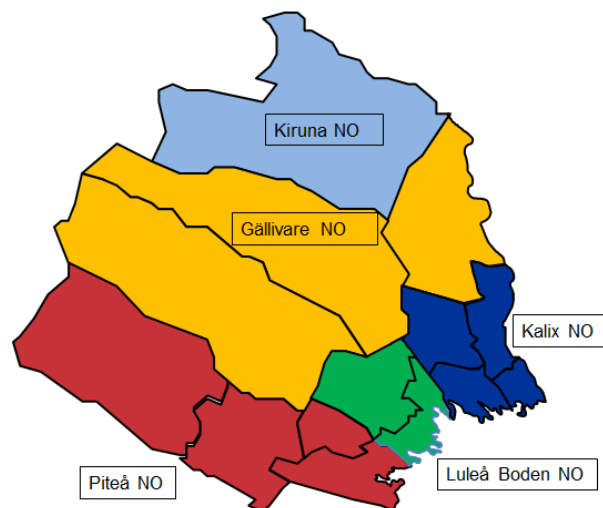


Bild 1. Närsjukvårdsområden med tillhörande kommuner.

3.1.1 Tillgång till paramedicinska resurser

Det är svårt att göra en jämförelse av tillgången till paramedicinska resurser för rehabilitering mellan hälsocentralerna eftersom det finns många olika

lösningar för att tillfredsställa rehabiliteringsbehoven exempelvis genom samverkan mellan hälsocentraler eller tjänsteköp.

Under 2018 fanns totalt i region Norrbotten 30 hälsocentraler, varav fyra i privat regi. Samtliga vårdgivarkategorier arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator eller psykolog fanns anställda vid 13 hälsocentraler. Övriga hälsocentraler hade inte samtliga vårdgivarkategorier anställda i egen regi men kunde erbjuda resurser genom samverkan med andra hälsocentraler eller genom att köpa in resurser.

3.1.2 Hälsocentralernas resurser i förhållande till antalet listade patienter

Varje hälsocentral har ett antal patienter som är listade vid hälsocentralen. Antalet (dec 2018) varierade mellan 2 710 för Arjeplog hälsocentral och 17 379 för Kiruna hälsocentral. För att få en bild av hälsocentralernas resurser i förhållande till antalet listade patienter vid hälsocentralen har en sammanställning gjorts av hur många arbetade timmar respektive vårdgivarkategori har per listad patient vid hälsocentralen. I sammanställningen redovisas arbetade timmar för de vårdgivarkategorier som innehar anställning vid hälsocentralen. Om samverkan skett med annan hälsocentral inom egen region syns det inte i statistiken eftersom ingen intern justering av timmar gjorts. Resurser som köpts in av hälsocentralen syns inte heller i arbetade timmar och saknas därför i sammanställningen. Uppgifter för de privata hälsocentralerna går inte att ta ut i regionens datalager.

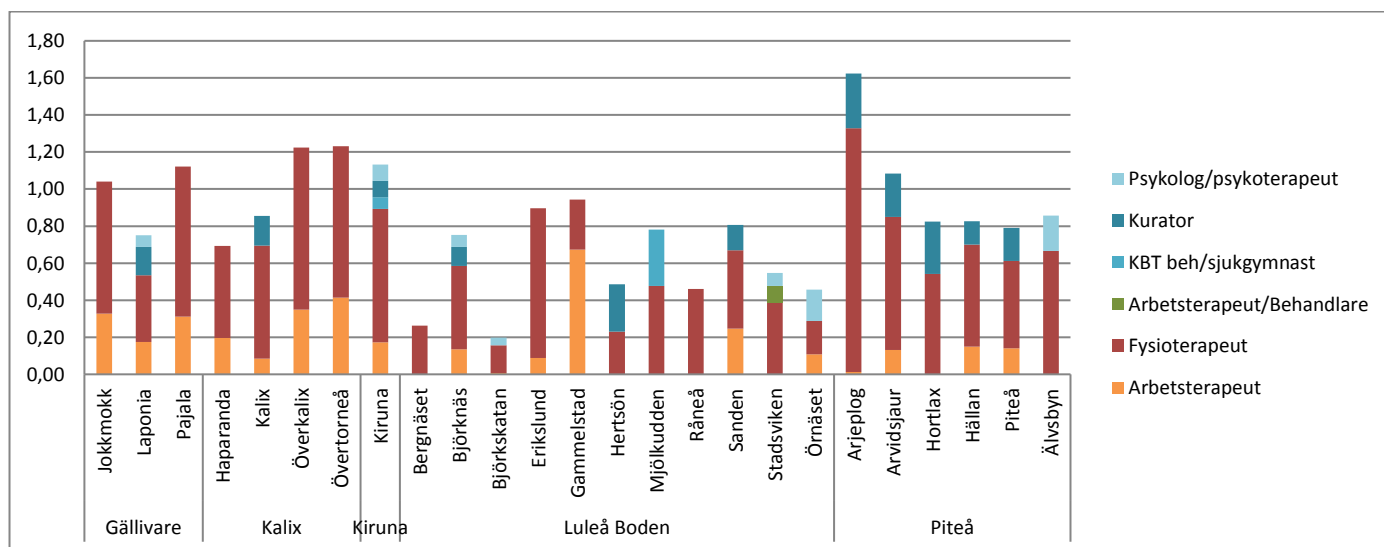


Diagram 1. Arbetade timmar per listad patient, vårdgivarkategori och hälsocentral

Arbetade timmar per vårdgivarkategori och listad patient skiljer sig åt mellan hälsocentralerna. Ibland beror det på samverkan mellan hälsocentraler men även på att olika vårdgivarkategorier anställts i varierande omfattning. Ett av skälen till att det finns förhållandevis mindre fysioterapieresurser i primärvården i Luleå är den stora etableringen av privata vårdgivare. Privata fysiotera-

peuter finns i Luleå, Boden, Piteå, Älvsbyn, Övertorneå, Överkalix, Haparanda, Kalix, Kiruna och Gällivare. De flesta etableringarna finns i Luleå och Piteå. Hälften av kostnaden för besök hos fysioterapeuter verksamma enligt nationella taxan¹ förs till den hälsocentral där patienten är listad.

3.2 Besök hos paramedicinsk resurs

3.2.1 Ålders- och könsfördelning av patienter

Det är ungefär lika många personer i gruppen arbetsför ålder och gruppen äldre som besöker arbetsterapeut medan besöken hos fysioterapeut och kurator i större omfattning utgörs av personer i arbetsför ålder. Barn och unga utgör i snitt sju procent av besöken hos alla vårdgivarkategorier.

Tabell 1. Antal patienter som varit på besök per vårdgivarkategori och åldersgrupper samt åldersgruppernas andel hos respektive vårdgivarkategori 2018

Vårdgivarkategori	Barn och unga (0-19 år)	Arbetsför ålder (20-64 år)	Äldre (65 år och äldre)	Summa per vårdgivarkategori (andel av alla patienter)
Arbetsterapi	404 (8%)	2 690 (50%)	2 229 (42%)	5 323 (16%)
Fysioterapi	1 703 (7%)	14 801 (58%)	9 013 (35%)	25 517 (76%)
Kurator	184 (7%)	2 435 (86%)	209 (7%)	2 828 (8%)
Summa per åldersgrupp	2 291 (6%)	19 926 (60%)	11 451 (34%)	33 668

Det var inte lika stor andel kvinnor och män hos de olika vårdgivarkategorierna.

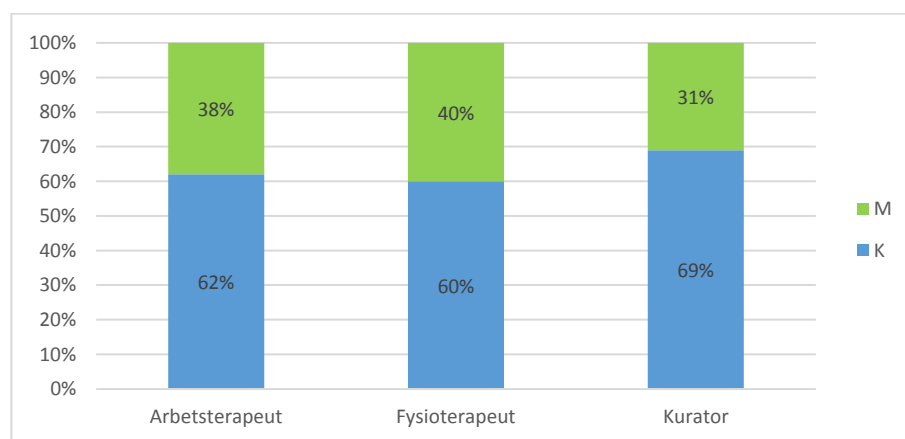


Diagram 2 Könsfördelning hos patienter med besök hos arbetsterapeut, fysioterapeut samt kurator inom primärvård 2018.

¹ I Norrbotten finns även fysioterapeuter som bedriver privat verksamhet enligt Lagen om ersättning för fysioterapi, LOF (1993:1652). Denna verksamhet bedrivs på primärvårdsnivå och finansieras av Region Norrbotten via det nationella ersättningssystemet, som också kallas nationella taxan

Det var mellan 60 och 69 procent av besöken hos de olika vårdgivarkategorierna som gjordes av kvinnor under 2018.

3.2.2 Diagnosgrupper i primärvård

Primärvården började diagnosätta enligt ICD-10 under 2018. Detta medförde nya sätt att registrera diagnoser vilket gjorde diagnosättningen bristfällig. Av tabellen framkommer att en stor andel av patienterna fick så kallad Z-diagnos vilket inte beskriver sjukdomsdiagnos utan anges som ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”. Det är även förhållandevis vanligt att besök inte diagnosattes alls (11-21%). Av de besök som fått diagnoser, har arbetsterapeut och kurator flest besök inom gruppen med psykisk ohälsa men 56 procent av besöken hos arbetsterapeut har ingen eller Z-diagnos, för kuratorer är det 31 procent. Fysioterapeuter har flest besök inom området muskuloskeltala besvär och smärta, 27 procent av besöken saknar eller har Z-diagnos.

Tabell 2. Diagnosättning, andel av besök fördelat i diagnosgrupper inom primärvården 2018

Diagnos	Arbetsterapi	Fysioterapi	Kurator
Ingen diagnosättning	21%	16%	11%
Z diagnos	35%	11%	20%
Psykiska sjukdomar	37,5%		69%
Nervsystemet	6,5%	2%	
Sjukdomar i muskler och skelett samt smärta		64%	
Skador, förgiftning		7%	
Summa	100%	100%	100%

När det gäller kartläggningens målgrupp, patienter med förvärvade sammanfattade, långvariga och ibland återkommande behov av rehabilitering, finns de till stor del inom neurologiska diagnoser såsom exempelvis, stroke, MS och Parkinson. Det är bara en liten del av de diagnosätta besöken i primärvården som rör nervsystemet. Eftersom diagnosättningen är bristfällig går det inte att utläsa huruvida patienter med dessa diagnoser ”gömmar” sig i de besök som inte är diagnosätta eller har Z-diagnos eller om de inte får rehabilitering i primärvården. Av de besök som är diagnosätta har arbetsterapeuter och kuratorer flest besök inom psykisk ohälsa medan fysioterapeuter behandlar problem med rygg, nacke och leder.

3.2.3 Täckningsgrad

Med täckningsgrad menas hur stor andel av de personer som är listade vid hälsocentralen som varit på besök hos de olika vårdgivarkategorierna. Indikatorn kan peka på hur hälsocentralen ”tar hand om” sina listade men också ge en fingervisning om att det finns ett utbud av tjänster utanför hälsocentralen dit patienterna vänder sig istället för att besöka hälsocentralen.

Det hade varit önskvärt att presentera resultaten för täckningsgrad och produktion i primärvården i förhållande till den utvalda målgruppen men eftersom diagnossättningen var bristfällig 2018 är detta inte möjligt.

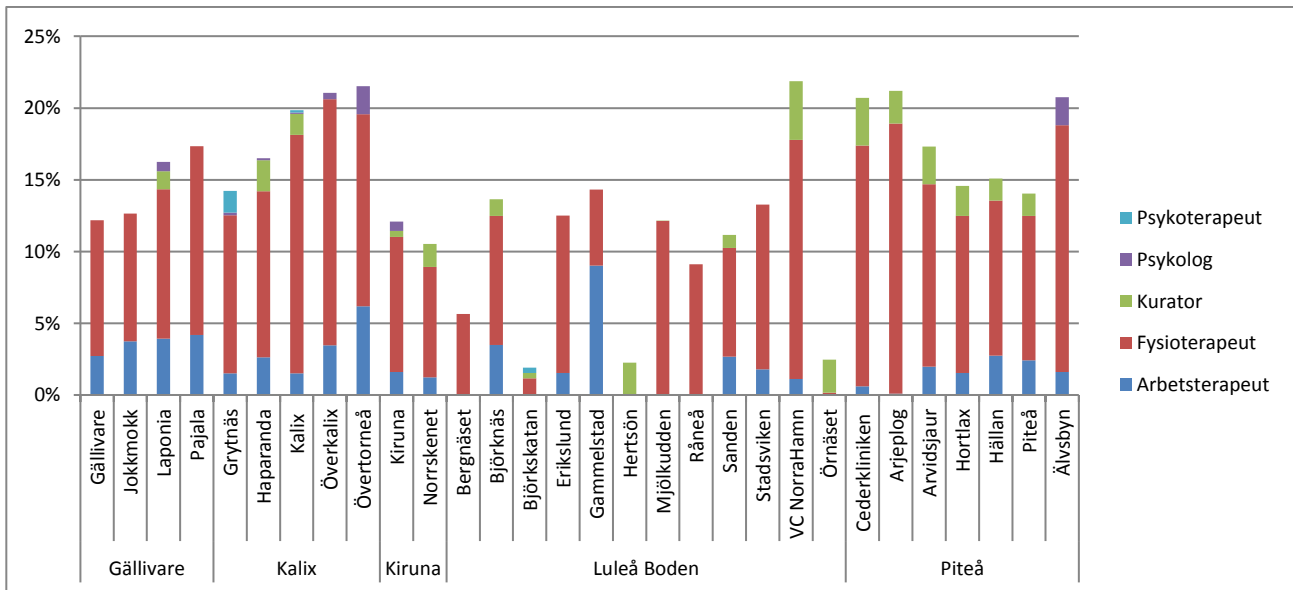


Diagram 3. Andel av listade patienter med besök hos vårdgivare i primärvård per hälsocentral

Inom Luleå och Boden området syns stora variationer mellan hur stor andel av hälsocentralens listade patienter som besökt de paramedicinska vårdgivarna. I området finns flest privata vårdgivare i länet, ca 50 procent av fysioterapeuterna verksamma på nationella taxan återfinns här. Variationen kan dels bero på att primärvården inte bemannat hälsocentralerna med fysioterapeuter i samma omfattning eftersom det finns många privata fysioterapeuter i området. Den skulle också kunna förklaras med samverkan mellan hälsocentralerna exempelvis inom arbetsterapi och samtalsbehandling, där besöken inte registreras på patientens hälsocentral utan på den hälsocentral där besöket genomförts. Detta gör det svårt att dra några slutsatser om täckningsgrad inom Luleå Boden närsjukvårdsområde.

Fysioterapeut är den vårdgivarkategori som har flest patienter och besök vid hälsocentralerna. Besök hos privata fysioterapeuter räknas som primärvårdsbesök och hälsocentralerna betalar en del av kostnaden för besöken.

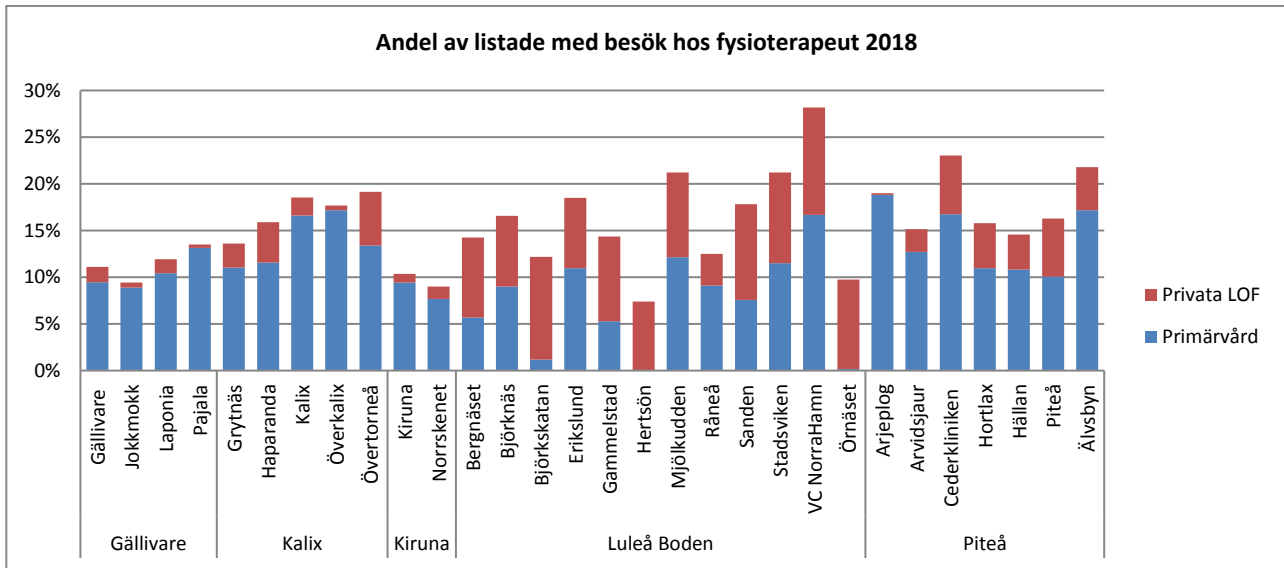


Diagram 4. Andel av listade patienter med besök hos fysioterapeut i offentlig eller privat regi, per hälsocentral

Diagram 4 visar hur många procent av de listade vid respektive hälsocentral som varit på besök vid hälsocentralens fysioterapi eller hos fysioterapeuter verksamma på nationella taxan. Diagrammet kompletterar diagram 3 gällande fysioterapi. I centrala Luleå och Boden besöker mellan åtta och 12 procent av hälsocentralernas listade patienter de privata fysioterapeuterna. Här syns att patienter med behov av fysioterapi som är listade vid Björkskatan, Hertsön och Örnäsets hälsocentraler till största delen besöker fysioterapeuter verksamma på nationella taxan. I Luleå har primärvården, på grund av den stora mängden privata fysioterapeuter, inte haft så många fysioterapeuter anställda vid hälsocentralerna vilket gör tillgången till fysioterapeuter vid Luleås hälsocentraler begränsad och därigenom hänvisas patienterna till privata fysioterapeuter.

3.2.4 Besök per patient och vårdgivarkategori

Där samverkan skett mellan hälsocentraler i Luleå är det inte alltid möjligt att se för vilken hälsocentral besöken utförts. Ibland sker registreringen av besöket vid den hälsocentral där besöket genomförts i stället för där patienten är listad. Till exempel har Hertsön kostnad för arbetade timmar för fysioterapeut men inga besök pga att registreringen av besök görs på Stadsvikens hälsocentral där fysioterapeuten har sin fysiska placering. Det är svårt att sortera vilken typ av besök som genomförts hos respektive vårdgivarkategori eftersom arbetsuppgifterna för de paramedicinska varierar. Genom den kompetensväxling som skett i primärvården, nyttjas resurserna förutom till patientbehandling även för andra uppgifter som t.ex. rehabkoordinator och KBT-behandlare. Sammantaget innebär detta att besöksstatistiken som rör utvalda vårdgivarkategorier inte blir helt tillförlitlig.

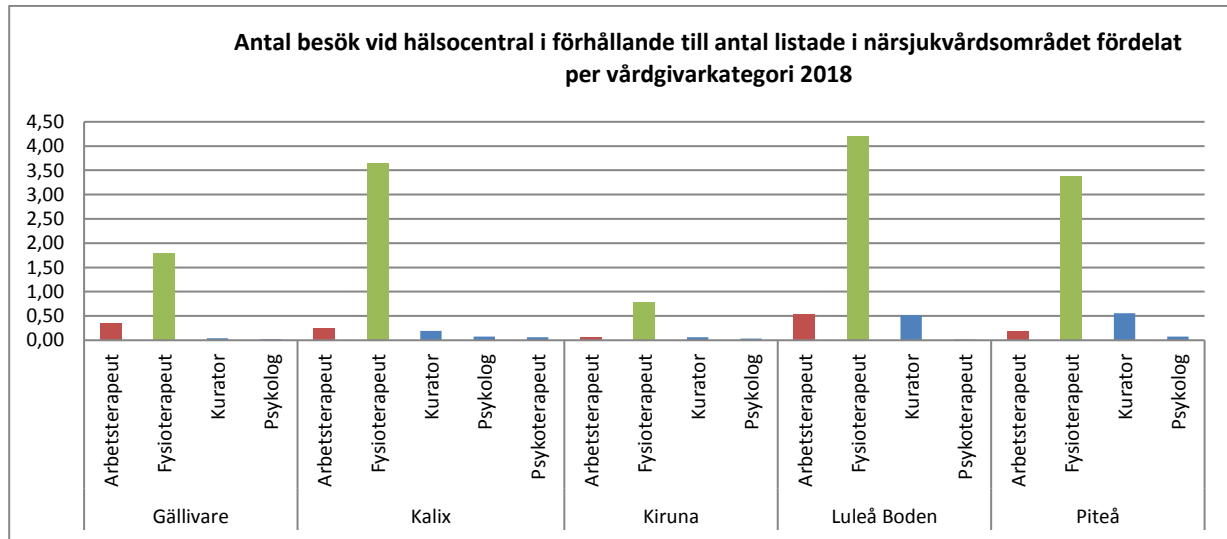


Diagram 5. Antal besök i snitt som utförts hos respektive vårdgivarkategori i förhållande till antal personer listade inom varje närsjukvårdsområde

Diagrammet visar hur många besök i snitt som utförts hos respektive vårdgivarkategori i förhållande till antal personer listade inom varje närsjukvårdsområde. Fysioterapeut är den vårdgivarkategori som har flest besök per listad men det skiljer sig mellan närsjukvårdsområdena. Luleå Boden, Kalix och Piteå närsjukvårdsområden har nästa dubbelt så många besök per listad som Gällivare närsjukvårdsområde. Kiruna närsjukvårdsområde har lägst antal besök hos fysioterapeut per listad.

Antal besök per listad patient vid hälsocentralen (dvs i förhållande till hälsocentralens storlek) och vårdgivarkategori kan ge en uppfattning om resurstillgång men även om resursnyttjande. Det finns geografiska skillnader för antal besök per listad patient. När samtliga vårdgivarkategorier slås ihop ses en relativt stor skillnad mellan närsjukvårdsområden, där befolkningstäta områden har fler besök per listad till paramedicinska resurser (arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, psykolog) i primärvård.

Tabell 3. Besök per listad, hos paramedicinska vårdgivarkategorier i primärvård per närsjukvårdsområde

Närsjukvårdsområde	Besök per listad
Gällivare	2,2
Kalix	4,2
Kiruna	0,9
Luleå Boden	5,3
Piteå	4,2

Skillnader i besöksfrekvens kan bland annat bero på skillnader i tillgång till resurser eller olika arbetssätt på hälsocentralerna. Besöksfrekvensen kan

också spegla variationen i befolkningen gällande exempelvis ålder och socioekonomi för respektive närsjukvårdsområde.

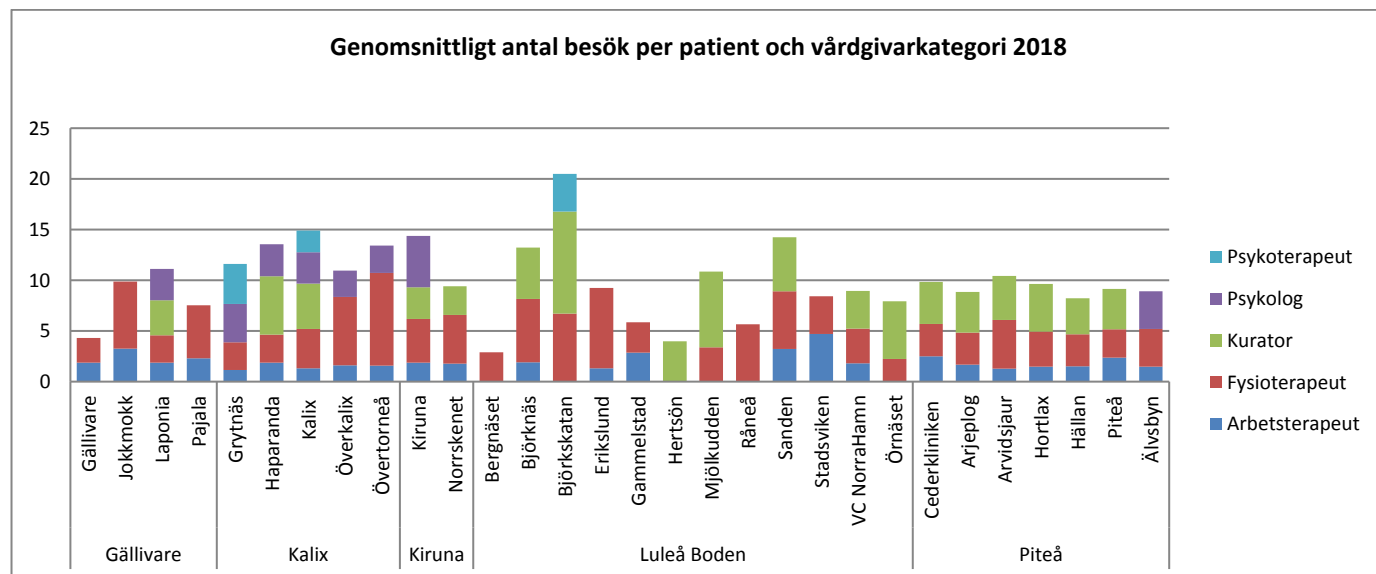


Diagram 6. Genomsnittligt antal besök per patient och vårdgivarkategori 2018

Diagrammet visar genomsnittligt antal besök per patient hos de olika vårdgivarkategorierna och hälsocentralerna. Kategorierna kurator, psykolog och psykoterapeut har arbetssätt som renderar många besök per patient.

När det gäller besök hos fysioterapeut påverkas antalet besök, totalt för hälsocentralens listade, av om det finns privata fysioterapeuter verksamma på nationella taxan i kommunen.

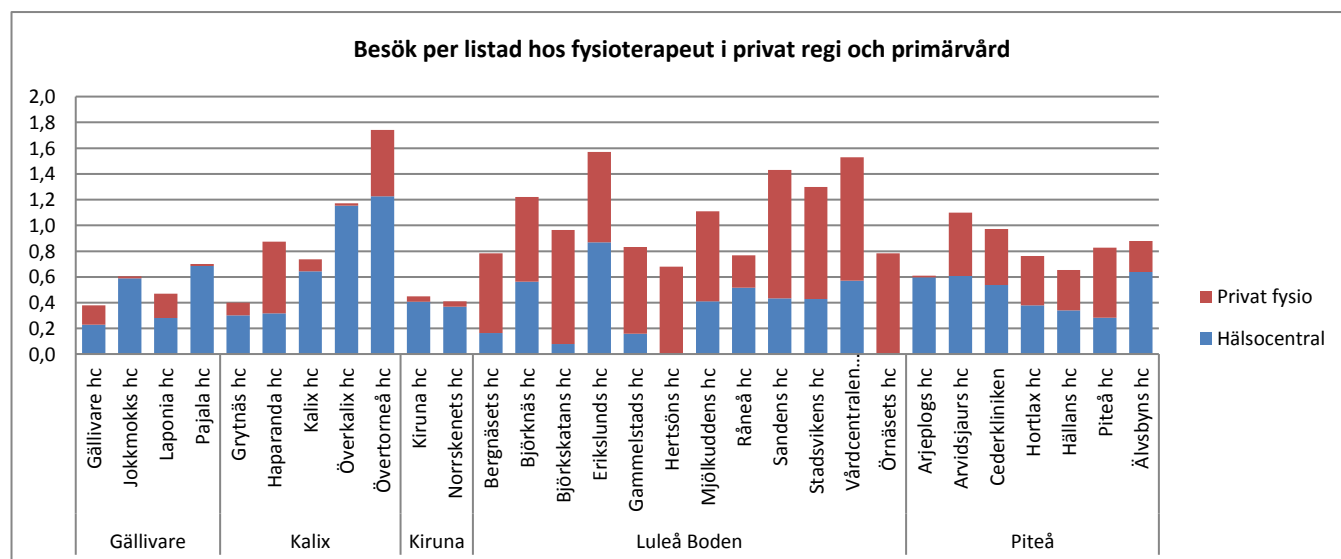


Diagram 7. Antal besök per listad hos fysioterapeut i privat regi och primärvård

På de orter där det finns många privata etableringar är det också en större konsumtion av fysioterapi. Största konsumtionen, utifrån nyckeltalet per

listad patient vid hälsocentralen, finns vid hälsocentralerna Övertorneå, Erikslund, Vårdcentralen NorraHamn och Sanden. I Övertorneå finns privata fysioterapeuter men där har även hälsocentralens fysioterapi har högt antal besök per listad vid hälsocentralen, detsamma gäller Erikslunds hälsocentral i Boden. Detta indikerar att resultaten är en kombination av utbud, efterfrågan och behov i befolkningen.

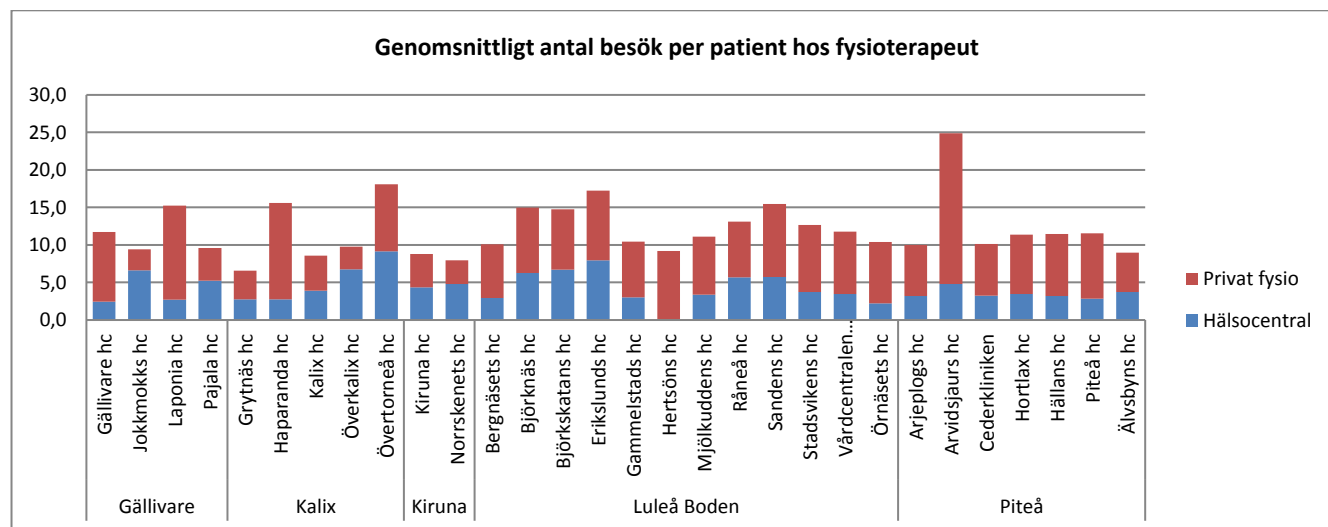


Diagram 8. Genomsnittligt antal besök per patient hos fysioterapeut per hälsocentral.

Fysioterapeuter som är verksamma på nationella taxan har fler besök per patient i genomsnitt. För fysioterapi vid hälsocentral är länssnittet 4,2 besök per patient medan patienter hos fysioterapeuter verksamma på nationella taxan i snitt har 7,8 besök. Ersättningsmodellen för privata fysioterapeuter bygger på att fysioterapeuten får betalt per besök.

3.3 Samverkan och samordning med kommuner

I strategin för Framtidens hälsa och vård 2035, står under avsnittet Samverka för samordnad vård:

”För att nå målet om en samordnad vård är teamarbete och samverkan grundläggande. Det handlar om samverkan mellan professioner, verksamheter, organisationer och huvudmän. För att utveckla och förbättra vården för personer med komplexa vårdbehov ställs särskilt stora krav på kontinuitet och samordning.”

Under 2018 ställde verksamheterna om till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård SFS 2017:612, som ersatt tidigare betalningsansvarslag. Från och med mars månad byttes vårdplaneringsverktyget Meddix öppenvård ut mot Lifecare, vilket är regionens och kommunernas gemensamma IT-stöd för samordnad vårdplanering. Dessvärre medger inte systemet i dagsläget möjligheten att följa vilka yrkesgrupper som varit kallade och deltagit vid samordnade individuella planer (SIP). Man

kan inte heller följa hur många SIP som har utarbetats i samband med sjukhusvistelse och hur många som görs i mer preventivt syfte, i öppenvård, utan föregående inskrivning på sjukhus.

Vid kontroll av olika yrkeskategoriers medverkan vid SIP i öppenvård 2016, (totalt 432 st) då Meddix öppenvård användes, noterades följande procentuella fördelning av yrkesgrupper om deltagit vid SIP, enligt registrering:

- Sjuksköterska/distriktssköterska, 80 procent
- Arbetsterapeut, 3 procent
- Läkare, 11 procent
- Kurator, 3 procent
- Fysioterapeut, 1 procent
- Skötare, 2 procent

De paramedicinska resurserna deltog i mycket liten omfattning vid samordnad individuell planering. Uppfattningen i primärvården är att det även under 2018 var sällsynt att arbetsterapeut, fysioterapeut eller kurator deltog. Det borde finnas potential för rehabaktörerna att medverka i större utsträckning.

Patienternas behov av paramedicinska insatser torde vara större än vad inhämtat data visar. Rehabiliteringen ska vara en naturlig del av patienternas vårdprocess och vara en självklar del i vården runt patienten. Den ska ha en tydlig väg in med låga trösklar inom rimlig tid där patienterna möts av kompetenta medarbetare. Rehabiliteringen ska samverka med vårdgrannar och andra aktörer för att optimera patientens vårdprocess. Den ska ha helhetssyn på patientens behov och utgå från ett personcentrerat förhållningsätt där patienten och anhöriga är informerade och delaktiga och där rehabiliteringsplaner används aktivt. Rehabiliteringen ska erbjudas utifrån medicinska behov men kunna vara flexibel och möta individuella behov patienterna och anhöriga har.

3.4 Sammanfattning primärvård

3.4.1 Tillgången till paramedicinska resurser varierade vid länets hälsocentraler

Under 2018 fanns totalt i region Norrbotten 30 hälsocentraler, varav fyra i privat regi. Samtliga vårdgivarkategorier arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator eller psykolog fanns anställda vid 13 hälsocentraler. Övriga hälsocentraler hade inte samtliga vårdgivarkategorier anställda i egen regi men kunde erbjuda resurser genom samverkan med andra hälsocentraler eller genom att köpa in resurser.

3.4.2 Det var fler kvinnor än män som besökte paramedicinska resurser och flest i arbetsför ålder

Det var mellan 60 och 69 procent kvinnor som besökt de olika vårdgivarkategorierna under 2018.

Det var ungefär lika många personer i gruppen arbetsför ålder och gruppen äldre som besökt arbetsterapeut medan besöken hos fysioterapeut och kurator i större omfattning utgjordes av personer i arbetsför ålder. Barn och unga utgjorde i snitt sju procent av besöken hos alla vårdgivarkategorier.

3.4.3 Bristfällig diagnosättning av besök under 2018

Primärvården började diagnosätta enligt ICD-10 under 2018. Detta medförde nya sätt att registrera diagnoser vilket gjorde diagnossettingen bristfällig. Arbetsterapeut och kurator hade flest besök inom gruppen med psykisk ohälsa. Av besöken hos arbetsterapeut hade 56 procent ingen eller Z-diagnos², för kuratorer var det 31 procent. Fysioterapeuter hade flest besök inom området muskuloskeltala besvär och 27 procent av besöken saknade eller hade Z-diagnos.

3.4.4 Det fanns skillnader i hälsocentralernas täckningsgrad

Med täckningsgrad menas hur stor andel av de personer som är listade vid hälsocentralen som varit på besök hos de olika vårdgivarkategorierna. Indikatorn kan peka på hur hälsocentralen ”tar hand om” sina listade men också ge en fingervisning om att det finns ett utbud av tjänster utanför hälsocentralen dit patienterna vänder sig istället för att besöka hälsocentralen.

Täckningsgraden påverkas av tillgången till privata fysioterapeuter som lett till en lägre bemanning av fysioterapi vid hälsocentraler i Luleå. Även den samverkan som skett mellan hälsocentraler påverkar täckningsgraden, där patientbesöken registrerats vid den hälsocentral där vårdgivaren befunnit sig i stället för vid patientens hälsocentral gör att statistiken inte stämmer när den tas ut per hälsocentral.

3.4.5 Befolkningstäta närsjukvårdsområden hade fler besök per listad patient

Antal besök per listad patient och vårdgivarkategori kan ge en uppfattning om resurstillgång men även om resursnyttjande. Det finns geografiska skillnader för antal besök per listad patient. När samtliga vårdgivarkategorier slogs ihop syntes en relativt stor skillnad mellan närsjukvårdsområden, där befolkningstäta områden hade fler besök per listad till paramedicinska resurser (arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, psykolog) i primärvård.

3.4.6 Orter med stor andel privata fysioterapeuter hade större konsumtion av fysioterapi

När det gäller besök hos fysioterapeut påverkas antalet besök, totalt för hälsocentralens listade, av om det finns privata fysioterapeuter verksamma på nationella taxan i kommunen. På de orter där det fanns många privata etableringar var det också en större konsumtion av fysioterapi. Största konsumtionen per listad fanns vid hälsocentralerna Övertorneå, Erikslund, Vårdcentralen NorraHamn och Sanden. I Övertorneå fanns privata fysioterapeuter

² Z-diagnos beskriver inte en sjukdomsdiagnos utan anges som ”faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården”.

men där hade även hälsocentralens fysioterapi högt antal besök per listad, detsamma gällde Erikslunds hälsocentral i Boden. Detta indikerar att resultaten är en kombination av utbud, efterfrågan och behov i befolkningen.

3.4.7 Resurser i förhållande till antal listade skilde sig åt mellan hälsocentraler

Hälsocentralernas resurser i förhållande till antalet listade vid hälsocentralen skilde sig åt. Ibland berodde det på samverkan mellan hälsocentraler men även på att olika vårdgivarkategorier anställdes i varierande omfattning. Ett av skälen till att det fanns förhållandevis mindre fysioterapieresurser i primärvården i Luleå är den stora etableringen av privata vårdgivare. I centrala Luleå och Boden besökte mellan åtta och 12 procent av hälsocentralernas listade patienter de privata fysioterapeuterna. När det gäller besök hos fysioterapeut påverkades antalet besök, totalt för hälsocentralens listade, av om det fanns privata fysioterapeuter verksamma på nationella taxan i kommunen. Fysioterapeuter som var verksamma på nationella taxan hade fler besök per patient i genomsnitt. För fysioterapi vid hälsocentral var länssnittet 4,2 besök per patient medan patienter hos fysioterapeuter verksamma på nationella taxan i snitt hade 7,8 besök. Ersättningsmodellen för privata fysioterapeuter bygger på att fysioterapeuten får betalt per besök

3.4.8 Paramedicinska resurser deltog i mycket liten omfattning vid samordnad individuell planering

Strategin för Framtidens hälsa och vård 2035 för fram teamarbete och samverkan som grundläggande för att nå målet om samordnad vård. Under 2018 byttes vårdplaneringsverktyget Meddix öppenvård ut mot Lifecare, vilket är regionens och kommunernas gemensamma IT-stöd för samordnad vårdplanering. Dessvärre medger inte systemet i dagsläget möjligheten att följa vilka yrkesgrupper som varit kallade och deltagit vid samordnade individuella planer (SIP). Vid en mätning 2016 deltog de paramedicinska resurserna i mycket liten omfattning vid samordnad individuell planering. Uppfattningen i primärvården är att det även under 2018 var sällsynt att arbetsterapeut, fysioterapeut eller kurator deltog.

3.4.9 Slutsatser primärvård

- Av de som besökte primärvården 2018 var 55 procent kvinnor och 45 procent män. Betydligt fler kvinnor (60-69%) besökte paramedicin under samma period.
- Målgruppen som kartläggningen avser består till stor del av äldre personer. Att andelen äldre med rehabilitering i primärvård är relativt låg (34 %) kan bero på flera orsaker. Äldre har i större omfattning hemsjukvård och då är rehabiliteringen kommunens ansvar. Äldre är ofta sjukare och har sämre förmåga att aktivt efterfråga rehabilitering. Det kan finnas en okunskap om möjligheten till rehabilitering i primärvård. Överlämningen från slutna specialistvård på nivå 3 och nivå 2 till primärvården sker när patienten inte behöver specialistvårdens resurser. I specialistvården utformas rehabiliteringsplaner för patienterna men vid utskrivning från specialistvården görs sällan en gemensam rehabiliteringsplan där

specialistvård, patient och primärvård deltar. Det kan vara en anledning till att patienterna inte fångas upp av primärvården

- Diagnossättningen bland paramedicinare i primärvård behöver förbättras så att relevant statistik kan tas ut som underlag för utvecklings- och förbättringsarbete.
- Täckningsgraden för hälsocentralerna är beroende av hur samarbete mellan hälsocentralerna fungerar samt tillgång till privata aktörer. Befolkningstäta områden har högre konsumtion per listad patient. Områden med många privata fysioterapietableringar har en högre konsumtion till framför allt fysioterapeut. Det verkar som att närhet och tillgång till paramedicinska resurser ökar konsumtionen.
- Hälsocentraler i Luleå har få fysioterapeuter anställda. Detta kan bero på att det finns ett stort antal privata fysioterapietableringar där. En konsekvens av detta blir sämre samarbete kring patienter med behov av samverkan kring vård och rehabilitering eftersom samverkan med de privata fysioterapeuterna sker i mycket liten omfattning.
- Att paramedicinska resurser inte deltar vid framtagande av samordnade individuella planer till personer med behov av dessa, får konsekvensen att viktiga områden inte berörs vid planeringen. Detta kan påverka individens möjligheter att kunna bo i eget boende och behålla eller förbättra sin hälsa och funktionsförmåga så att vårdbehovet minskar.

4 Öppenvårdsrehabilitering

Öppenvårdsrehabilitering bedrivs inom länets närsjukvårdsområden. Samtliga verksamheter, förutom öppenvårdsrehabiliteringen i Boden, är lokaliserade vid sjukhusen. I Boden finns öppenvårdsrehabiliteringen vid Garnis rehabcenter. Verksamheten omfattar rehabilitering med multimodala team och riktar sig till personer med förvärvade sammansatta, långvariga och ibland återkommande behov av rehabilitering, exempelvis geriatriska patienter och patienter med stroke eller neurologiska sjukdomar. Rehabiliteringen kan bedrivas vid enheten, i hemmet eller ute i samhället. Patienten bor hemma och dagpendlar till verksamheten alternativt bor på patienthotell. Upptagningsområden för respektive verksamhet är detsamma som närsjukvårdsområdet med undantag för Boden och Luleå som delar på Luleå Boden närsjukvårdsområde.

Under 2018 var det 491 patienter som besökte länets öppenvårdsrehabiliteringar. De flesta patienterna var 65 år och äldre, andelen varierade mellan 43 och 75 procent. Totalt deltog 223 kvinnor (45 %) och 268 (55 %) män. Den största gruppen (36 %) fick rehabilitering efter stroke och cirka 25 procent av patienterna rehabilitering för sjukdomar i nervsystemet exempelvis MS eller Parkinson. De flesta remisserna till öppenvårdsrehabilitering kom från länets sjukhus.

4.1 Resurser 2018

Resurserna vid länets öppenvårdsrehabilitering varierar mellan närsjukvårdsområdena. Sett till befolkningsunderlaget har Kiruna och Kalix mest resurser medan Luleå Boden har minst resurser. Detta beror främst på att verksamheterna i Luleå och Boden inte har tillgång till sjuksköterska på samma sätt som övriga öppenvårdsrehabiliteringar. Vid en jämförelse av resurser i förhållande till antal unika patienter³ som fått åtgärder vid öppenvårdsrehabilitering, jämnar resultatet ut sig. Luleå har mest resurser sett till hur många unika patienter de tagit emot medan Kalix har minst resurser i förhållande till antal unika patienter samt antal besök. Detta tyder på att öppenvårdsrehabiliteringen vid Kalix sjukhus har bra med resurser sett till befolkningsunderlag men också att många patienter får ta del av verksamheten. Kiruna som också har god tillgång till resurser i förhållande till befolkningsunderlaget men omsätter inte lika många unika patienter och besök som Kalix.

³ Unika patienter betyder att varje patient bara räknas en gång oavsett hur många behandlingsperioder patienten varit vid öppenvårdsrehabiliteringen.

Tabell 4. Andel anställda vårdgivarkategorier i Öppenvårdsrehabilitering i de olika närsjukvårdsområdena samt nyckeltal för jämförelse av resurser

	Arbetsterapeut	Fysioterapeut	Kurator	Logoped	Sjuksköterska	Undersköterska/ rehabassistent	Procent resurser/ befolknings- underlag*1000	Resurs/ unika pati- enter	Resurs/ be- sök
Gällivare	75%	75%	20%		50%*	40%	9,08	4,64	0,62
Kalix	150%	150%	20%	vb	75%	40%	13,0	3,37	0,39
Kiruna	100%	100%	50%	vb	75%*	75%	17,4	5,55	0,86
Boden	90%	90%	10%	vb	0%	0%	6,78	4,63	0,57
Luleå	200%	200%	10%	vb	0%	100%	6,56	5,86	0,68
Piteå	170%	170%	0%	vb	50%*	150%	9,09	5,09	0,55

*Sjuksköterskan jobbar även som strokesjuksköterska

4.2 Diagnosgrupper

Kvaliteten på diagnossättningen varierade mellan länets öppenvårdsrehabiliteringar. Det förekom att patienter saknade diagnos (0-16 %) eller hade en Z-diagnos⁴ (0-49 %). De största diagnosgrupperna totalt i länet var sjukdomar i cirkulationsorganen (205 patienter, 36 %) där den största gruppen var stroke. Näst flest diagnoser fanns som sjukdomar i nervsystemet (140 patienter, 25 %) med MS och Parkinson som de största grupperna. Den tredje största diagnosgruppen (8 %) var symptom utan klassifikation ex gångsvårighet, yrsel, trötthet. Det förekom även patienter med sjukdomar i muskler och bindväv exempelvis RA, Bechterew, artros (4 %) samt patienter med traumatiska skador av olika slag.

4.3 Ålders- och könsfördelning patienter

Totalt besökte 491 patienter länets öppenvårdsrehabiliteringar under 2018. De flesta patienterna var 65 år och äldre, andelen varierade mellan 43 och 75 procent. Luleå hade en patient under 20 år och hade den lägsta åldern på sina patienter, 57 procent var under 65 år. Kalix och Piteå hade de äldsta patienterna med över 70 procent äldre än 65 år.

Tabell 5. Åldersfördelning öppenvårdsrehabilitering

Verksamhet	5-19 år	20-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	65+ år
Gällivare		5%	36%	18%	34%	7%	59%
Kalix		1%	24%	35%	34%	6%	75%
Kiruna		4%	33%	38%	25%		63%

⁴ Z-diagnos är en ICD-kod som i första hand används när andra omständigheter än sjukdom, skada eller yttre orsak registreras som diagnos. En Z-kod anger alltså inte vilken sjukdomsdiagnos patienten har.

Verksamhet	5-19 år	20-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	65+ år
Boden		7%	31%	33%	29%		62%
Luleå	1%	18%	38%	22%	14%	7%	43%
Piteå		6%	21%	41%	32%		73%

Andelen kvinnor och män som besökt öppenvårdsrehabiliteringarna varierade något mellan de olika verksamheterna. Totalt deltog 223 kvinnor (45 %) och 268 (55 %) män i öppenvårdsrehabilitering.

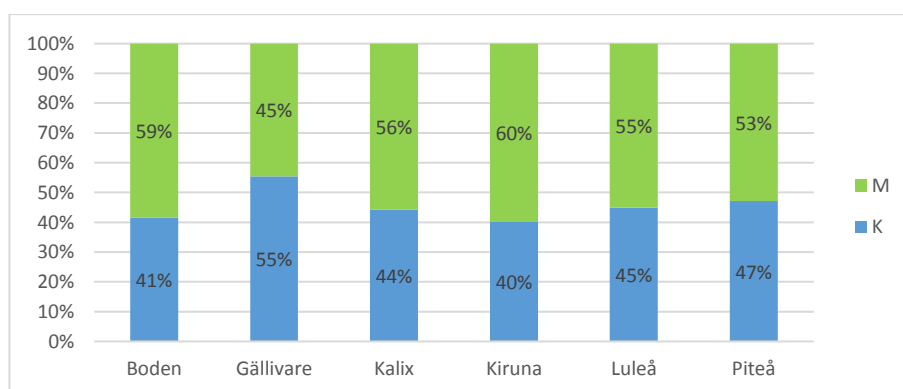


Diagram 9. Andel kvinnor och män med besök vid öppenvårdrehabilitering 2018 fördelat per verksamhet.

I Gällivare var det en högre andel kvinnor (55 %) som deltagit i rehabilitering än män (45 %). Vid de övriga öppenvårdsrehabiliteringarna var det en högre andel män (53-60 %) än kvinnor (40-47 %) som fått rehabilitering.

4.4 Produktion/besök per patient

Öppenvårdshabiliteringarna i Luleå och Boden är de verksamheter som hade minst antal unika patienter i förhållande till sitt upptagningsområde (1,1 respektive 1,5 unika patienter per befolkning/1000 invånare). Piteå hade också lågt antal patienter i förhållande till befolkningsunderlaget (1,8 unika patienter per befolkning/1000 invånare) men har ett betydligt större upptagningsområde än Luleå och Boden eftersom det inkluderar Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplog. Öppenvårdsrehabiliteringen i Gällivare hade 2 unika patienter per befolkning/1000 invånare. Verksamheten i Kalix (3,8 unika patienter per befolkning/1000 invånare) och Kiruna (3,1 unika patienter per befolkning/1000 invånare) rehabiliterade en större andel av sin befolkning än de övriga. Besöksregistreringen skiljer sig åt mellan de olika öppenvårdsrehabiliteringarna. Verksamheterna vid länsdelssjukhusen registrerar ett besök per patient och tillfälle medan Luleå och Bodens öppenvårdsrehabiliteringar registrerar ett besök hos varje vårdgivarkategori som träffat patienten vid varje tillfälle. Detta innebär att Luleå och Boden kan ha tre besök registrerade för varje gång en patient besökt verksamheten. En konsekvens av det är att det

inte är möjligt att ta ut jämförbar besöksstatistik mellan de olika verksamheterna utan en omfattande manuell hantering av Luleå och Bodens resultat, vilket skett i denna kartläggning.

Tabell 6. Antal unika patienter och besök vid Öppenvårdsrehabilitering

Verksamhet	Antal unika patienter	Antal besök	Genomsnitt besök per patient	Befolkningsunderlag för upptagningsområdet	Unika patienter per befolkning/1000 invånare
Gällivare	56	418	7	28 647	2,0
Kalix	129	1 111	9	33 550	3,8
Kiruna	72	467	6	22 959	3,1
Boden	41	332	8	28 045	1,5
Luleå	87	744	9	77 799	1,1
Piteå	106	988	9	59 370	1,8
Summa	491	4 060	8		

4.5 Täckningsgrad

Öppenvårdsrehabiliteringarna har olika många kommuner i sitt närsjukvårdsområde. Uppdraget gäller för patienter i närsjukvårdsområdet men täckningsgraden i upptagningsområdet varierade. Av de patienter som rehabiliterades vid verksamheterna i Kalix och Gällivare kom en större andel från kommuner utanför sjukhusorten (24 respektive 16 procent). Eftersom Kirunas närsjukvårdsområde består av en kommun, går det inte att se någon geografisk spridning av patienter.

Variation i täckningsgrad kan bero på avstånd till verksamheten samt tillgång till hotellplats. Patienthotell finns vid sjukhusen i Gällivare, Sunderbyn och Piteå. Patienter med sjukdomar eller skador som ger nedsatt förmåga till att klara sin ADL (Aktiviteter i det Dagliga Livet) har inte tillgång till verksamheten om de inte klarar daglig pendling eller att bo på patienthotell med personligt stöd eller assistans.

Tabell 7. Andel patienter från sjukhusort och kommun utanför sjukhusort.

Öppenvårdsrehabilitering	Antal kommuner i närsjukvårdsområdet	Andel patienter från sjukhusort	Andel patienter från kommun utanför sjukhusort
Gällivare	3	84%	16%
Kalix	4	76%	24%
Kiruna	1	100%	0
Piteå	4	92%	8%
Boden	1	95%	5%

Luleå	1	99%	1%
-------	---	-----	----

4.6 Remitterande instanser

Det krävs remiss för rehabilitering vid öppenvårdsrehabilitering. Remissen kan komma från olika instanser i specialist- eller primärvård men ibland även från kommunal verksamhet eller patientens egen remiss.

Det största antalet remisser från länsdelssjukhusen till öppenvårdsrehabilitering kom från medicin- och rehabiliteringsklinikerna. I Piteå kom fler remisser från hälsocentraler än från medicin- och rehabiliteringskliniken vid sjukhuset. För Luleå och Boden kom remisser främst från internmedicin i Sunderbyn, vilken kan motsvara länsdelssjukhusens medicin- och rehabiliteringskliniker.

De flesta hälsocentralerna i länet remitterade patienter, dock bara Cederkliniken i Piteå av de privata hälsocentralerna.

Remisskod saknades i 33 procent för remisser ställda till öppenvårdsrehabilitering i Boden eller Luleå vilket innebär att det inte går att utläsa vilken verksamhet som remitterat.

Remisser från Rehabiliteringsmedicin i Sunderbyn gick till alla öppenvårdsrehabiliteringar i länet men flest till Boden och Luleå.

I Kalix var det flest patienter som sökte på egen remiss och det är enda stället där en kommun remitterat.

Tabell 8. Remissinstanser till öppenvårdsrehabilitering 2018

Verksamhet	Hälsocentral	Medicin/rehab	Intern med	Rehab med	Allm kir	Ort	Reuma	Lung	Pat själv	Kommun	Övriga	Remkod saknas
Gällivare	10	20	2	3		11						
Kalix	24	61	3	4					32	5		
Kiruna	5	62		2					3			
Boden	12		16	12				1				11
Luleå	13		34	10	1	1			1		1	23
Piteå	49	30	11	5	1	5	2		2			
Alla	113	173	66	36	2	17	2	1	38	5	2	34

4.7 Sammanfattning öppenvårdsrehabilitering

Öppenvårdsrehabilitering bedrivs inom länets närsjukvårdsområden. Samtliga verksamheter, förutom öppenvårdsrehabiliteringen i Boden, är lokaliserade vid sjukhusen. I Boden finns öppenvårdsrehabiliteringen vid Garnis rehabcenter. Verksamheten omfattar rehabilitering med multimodala team och riktar sig till personer med förvärvade sammansatta, långvariga och

ibland återkommande behov av rehabilitering, exempelvis geriatriska patienter och patienter med stroke eller neurologiska sjukdomar. Rehabiliteringen kan bedrivas vid enheten, i hemmet eller ute i samhället. Patienten bor hemma och dagpendlar till verksamheten alternativt bor på patienthotell.

4.7.1 Resurser och produktion varierade

Resurserna vid länets öppenvårdsrehabilitering varierade mellan närsjukvårdsområdena. Sett till befolkningsunderlaget hade Kiruna och Kalix mest resurser medan Luleå Boden hade minst resurser. Detta berodde främst på att verksamheterna i Luleå och Boden inte hade tillgång till sjuksköterska på samma sätt som övriga öppenvårdsrehabiliteringar. Vid en jämförelse av resurser i förhållande till antal unika patienter⁵ som fått åtgärder vid öppenvårdsrehabilitering, jämnar resultatet ut sig. Luleå hade mest resurser sett till hur många unika patienter de tagit emot medan Kalix hade minst resurser i förhållande till antal unika patienter samt antal besök. Detta tyder på att öppenvårdsrehabiliteringen vid Kalix sjukhus hade bra med resurser sett till befolkningsunderlag men också att många patienter fick ta del av verksamheten. Kiruna som också hade god tillgång till resurser i förhållande till befolkningsunderlaget omsatte inte lika många unika patienter och besök som Kalix.

4.7.2 Mest äldre personer som deltog i öppenvårdsrehabilitering

Totalt besökte 491 patienter länets öppenvårdsrehabiliteringar under 2018. De flesta patienterna var 65 år och äldre, andelen varierade mellan 43 och 75 procent. Luleå hade en patient under 20 år och hade den lägsta åldern på sina patienter, 57 procent var under 65 år. Kalix och Piteå hade de äldsta patienterna med över 70 procent äldre än 65 år.

4.7.3 Fler män än kvinnor fick rehabilitering vid öppenvårdsrehabilitering

Andelen kvinnor och män som besökt öppenvårdsrehabiliteringarna varierade något mellan de olika verksamheterna, totalt deltog 223 kvinnor (45 %) och 268 (55 %) män. I Gällivare var det en högre andel kvinnor (55 %) som deltagit i rehabilitering än män (45 %). Vid de övriga öppenvårdsrehabiliteringarna var det en högre andel män (53-60 %) än kvinnor (40-47 %) som fått rehabilitering.

4.7.4 Neurologiska skador och sjukdomar dominerade

De största diagnosgrupperna totalt i länet var sjukdomar i cirkulationsorganen (205 patienter, 36 %) där den största gruppen var stroke. På andra plats kom sjukdomar i nervsystemet (140 patienter, 25 %) med MS och Parkinson som de största grupperna. Den tredje största diagnosgruppen (8 %) var symptom utan klassifikation ex gångsvårighet, yrsel, trötthet. Det förekom även

⁵ Unika patienter betyder att varje patient bara räknas en gång oavsett hur många behandlingsperioder patienten varit vid öppenvårdsrehabiliteringen.

patienter med sjukdomar i muskler och bindväv exempelvis RA, Bechterew, artros (4 %) samt patienter med traumatiska skador av olika slag.

4.7.5 Hur stor andel av befolkningsunderlaget som fått rehabilitering varierade

Öppenvårdshabiliteringarna i Luleå och Boden var de verksamheter som hade minst antal unika patienter⁶ i förhållande till sitt upptagningsområde, 1,1 respektive 1,5. Piteå hade också lågt antal unika patienter i förhållande till upptagningsområdet (1,8) men har ett betydligt större geografiskt upptagningsområde än Luleå och Boden eftersom det inkluderar Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplog. Öppenvårdsrehabiliteringen i Gällivare hade två unika patienter i förhållande till upptagningsområdet. Verksamheten i Kalix (3,8) och Kiruna (3,1) rehabiliterade en större andel av sin befolkning än de övriga. Olikheter i registrering av besök gör det svårt att ta fram jämförbar besöksstatistik.

4.7.6 Täckningsgraden för verksamheternas upptagningsområde varierade

Öppenvårdshabiliteringarna har olika många kommuner i sitt närsjukvårdsområde. Uppdraget gäller för patienter i närsjukvårdsområdet men täckningsgraden i upptagningsområdet varierade. Av de patienter som rehabiliterades vid verksamheterna i Kalix och Gällivare kom en större andel från kommuner utanför sjukhusorten (76 respektive 84 procent). Eftersom Kirunas närsjukvårdsområde består av en kommun, går det inte att se någon geografisk spridning av patienter. Variation i täckningsgrad kan bero på avstånd till verksamheten samt tillgång till hotellplats. Patienthotell finns vid sjukhusen i Gällivare, Sunderbyn och Piteå. Patienter med sjukdomar eller skador som ger nedsatt förmåga till att klara sin ADL (Aktiviteter i det Dagliga Livet) har inte tillgång till verksamheten om de inte klarar daglig pendling eller att bo på patienthotell med personligt stöd eller assistans.

4.7.7 De flesta remisserna kom från länets sjukhus

Det krävs remiss för rehabilitering vid öppenvårdsrehabilitering. Remissen kan komma från olika instanser i specialist- eller primärvård men ibland även från kommunal verksamhet eller patientens egen remiss.

Det största antalet remisser från länsdelssjukhusen till öppenvårdshabilitering kom från medicin- och rehabiliteringsklinikerna. För Luleå och Boden kom remisser främst från internmedicin i Sunderbyn, vilken kan motsvara länsdelssjukhusens medicin- och rehabiliteringskliniker. I Piteå kom fler remisser från hälsocentraler än från medicin- och rehabiliteringskliniken vid sjukhuset. De flesta hälsocentralerna i länet remitterade patienter, dock bara Cederkliniken i Piteå av de privata hälsocentralerna.

⁶ Unika patienter betyder att varje patient bara räknas en gång oavsett hur många behandlingsperioder patienten varit vid öppenvårdsrehabiliteringen.

4.7.8 Slutsatser öppenvårdsrehabilitering

- Att resurserna och produktion för öppenvårdsrehabilitering varierar över länet kan bero på att det inte finns något enhetligt uppdrag och att man har olika arbetssätt över länet. Olika sätt att registrera besök gör det svårt att ta fram jämförbar statistik. Ett enhetliga uppdrag, arbetssätt och registreringar i journalsystemet behöver införas vid samtliga öppenvårdsrehabiliteringar.
- Öppenvårdsrehabilitering vänder sig främst till äldre personer förutom i Luleå där fler patienter var under än över 65 år. Detta kan betyda att äldre personer i Luleå inte får ta del av den mer specialiserade rehabiliteringen eller att de får den någon annanstans.
- Varför det är fler män än kvinnor som får rehabilitering vid öppen-vårdsrehabilitering är svårt att säga. Eftersom verksamheten kräver remisser kan det bero på attityder inom övriga vården.
- Öppenvårdsrehabilitering vänder sig till den utvalda målgruppen för kartläggningen. I takt med att vårdtiderna kortats i slutenvård så har Öppenvårdsrehabiliteringarna blivit mycket betydelsefulla, till exempel för personer som drabbas av stroke och har omfattande rehabiliteringsbehov. Kommunaliseringen av hemsjukvården har medfört att multimodala team i primärvården inte längre finns. Inom kommunal hemsjukvård finns resurser för bedömning och vardagsrehabilitering med hjälp av hemtjänstpersonal. Kvalificerad rehabilitering under en längre tid är mycket begränsad.
- Hur stor andel av befolkningen i upptagningsområdet som fick ta del av verksamheten varierade. Detta kan bero på arbetssätt men också på kännedom om verksamheten hos primär- och specialistvård som är de som remitterar patienter. Eftersom kartläggningen inte undersökt väntetider vid de olika öppenvårdsrehabiliteringarna är det svårt att avgöra.
- Förmågan att erbjuda rehabilitering till hela upptagningsområdet varierar för länets öppenvårdsrehabilitering. Här behövs mer digitala lösningar och en samverkan med primärvård i glesbygd för att minska ojämlikheten i länet.

5 Rehabiliteringsmedicin Sunderby sjukhus

Rehabiliteringsmedicin är en medicinsk specialitet med länsuppdrag för högspecialiserad rehabilitering av personer i åldrarna 16-65 år med hjärnskador, ryggmärgsskador, olika neurologiska sjukdomar och godartad långvarig smärta. Rehabiliteringen sker vid Sunderby sjukhus avdelning 41 Neurorehab/Stroke, där nio av 21 vårdplatser är till för rehabilitering av patienter från hela länet och kallas avd 41neurorehab (41n).

Avdelning 41 neurorehab har också ansvar för att bemanna baklofenmottagning för patienter med spasticitet, där sjuksköterskor ger behandling och utför återkommande kontroller samt påfyllning av pumpar. När patienter inte längre har behov av den specialiserade rehabilitering som avdelningen tillhandahåller, överflyttas patienterna till annan rehabiliteringsavdelning vid patientens hemsjukhus för fortsatt rehabilitering

Avdelning 41 stroke (41s) fungerar som länsdelssjukhus för akuta strokepatienter från Luleå och Boden närsjukvårdsområde. Till Rehabiliteringsmedicin hör även Garnis rehabcenter i Boden som har ett länsuppdrag för rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom/skada och personer med långvarig smärta.

Statistiken för Rehabiliteringsmedicins verksamhet kommer från registret WebRehab som används för verksamhetsuppföljning.

5.1 Avdelning 41 neurorehabilitering

Totalt vårdades 50 patienter under 2018 för rehabilitering vid avdelning 41 neurorehab. Största diagnosgruppen var stroke (46 %), följt av ryggmärgsskada (18 %), andra hjärnskador (16 %) och traumatiska hjärnskador (12 %). Ett fåtal patienter hade någon form av neurologisk sjukdom (6 %). Under 2018 var det dubbelt så många män (34) som kvinnor (16) som vårdades vid avdelning 41n. Kvinnorna var i genomsnitt något yngre än männen.

5.1.1 Resurser

Avdelningen ligger placerad bredvid avdelning 41 stroke. Personalen är anställd vid antingen 41 neurorehab eller 41 stroke men i praktiken så hjälps de åt vid frånvaro. Under sommaren intensifieras samarbetet för att klara semesterperioden, då kan man räkna all omvårdnadspersonal till en avdelning. Vårdplatserna var under 2018 fördelade på 12 stycken för stroke och nio för neurorehabilitering men med sjuksköterskebristen så var det inte öppet mer än nio och fyra vårdplatser under stor del av sommaren och hösten 2018.

Personalstaten vid avd 41 neurorehab fördelar sig enligt tabell 9.

Tabell 9. Personalresurser vid avd 41 n 2018, fördelade per vårdgivarkategori

	Arbets-terapeut	Fysioterapeut	Kurator	Sjuk-sköterska*	Under-sköterska**	Läkare	Psykolog
Avd 41n	150%	175%	50%	100%	300%	100%	vb

*Sjuksköterskeresursen på avd 41n har även patienter på avd 41s

** Undersköterskeresursen på avd 41n avses dagtid

5.1.2 Diagnosgrupper

Totalt vårdades 50 patienter under 2018 för rehabilitering vid avdelning 41 neurorehab. Patienternas diagnoser fördelades 2018 enligt diagram 10.

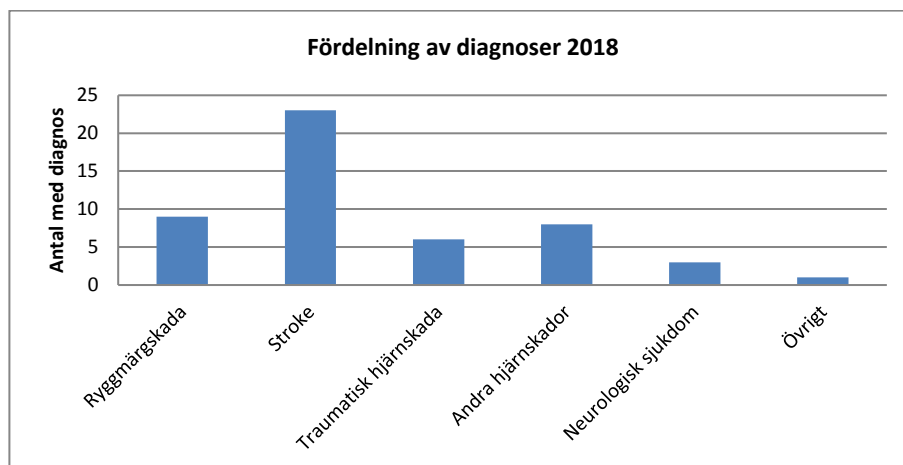


Diagram 10. Fördelning av diagnoser för rehabpatienter

Största diagnosgruppen var stroke (46 %), följt av ryggmärgsskada (18 %), andra hjärnskador (16 %) och traumatiska hjärnskador (12 %). Ett fåtal patienter hade någon form av neurologisk sjukdom (6 %).

5.1.3 Köns- och åldersfördelning av patienter

Under 2018 var det dubbelt så många män (34) som kvinnor (16) som vårdades vid avdelning 41n. Kvinnorna var i genomsnitt något yngre än männen (49 år respektive 52 år). Jämfört med motsvarande verksamheter i riket har avdelningen högre andel män och lägre medelålder.

5.1.4 Produktion

Svårigheter med vårdplatser vid Sunderby sjukhus medförde att platser vid avdelningen nyttjades av andra verksamhetsområden. Detta tillsammans med ett minskat antal disponibla vårdplatser vid avdelningen ledde till att färre patienter kunde rehabiliteras och hög beläggning under 2018. Tabell 10 visar hur antalet vård dagar vid avdelning 41 neurorehab sjönk markant mellan åren 2017 och 2018. Under året fick 52 patienter rehabilitering vilket är 23 procent färre jämfört med 2017. Totalt hade avdelningen 110 inskrivningar, inkluderat patienter från övriga verksamhetsområden. Största delen av patienterna, 66 procent, skrevs ut till eget boende och 22 procent skrevs ut till fortsatt rehabilitering vid länsdelssjukhus. Övriga avbröt sin rehabilitering eller skrevs ut till särskilt boende.

Tabell 10. Vård dagar exklusive permission 2016-2018

	2016	2017	2018
Antal vård dagar exkl permission Avd 41N Neurorehab	3204	3322	2341
Antal vård dagar exkl permission Avd 41S Strokeenheten		3521	4165

5.1.5 Geografisk fördelning av patienter

Avdelning 41 neurorehab har ett länsuppdrag gällande rehabilitering på nivå 3. Dit remitteras patienter från hela länet. För att få en uppfattning om hur fördelningen av patienter såg ut 2018, togs ett nyckeltal⁷ fram baserat på befolkningsunderlaget i varje närsjukvårdsområde. Detta jämfördes med den procentuella fördelningen av patienter per närsjukvårdsområde vid avdelningen under 2018.

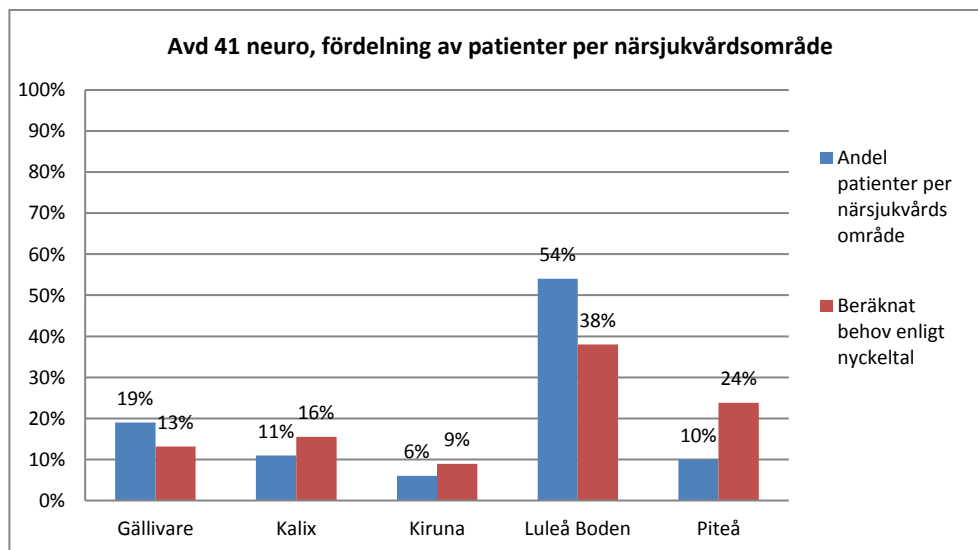


Diagram 11. Fördelning av patienterna utifrån länsdelssjukhusens upptagningsområden samt nyckeltal beräknade utifrån befolkningsunderlag.

Andelen patienter från Luleå och Boden ökade under 2018 jämfört med tidigare år. Mer än 50 procent av patienterna kom från närsjukvårdsområdet vilket var 15 procent högre än nyckeltalet. Orsaken uppges vara att Sunderby sjukhus inte har vårdplatser för rehabilitering av patienter från Luleå och Boden. Detta har inneburit att fler patienter från Luleå och Boden och färre från övriga länet får ta del av länspecialitetens rehabilitering.

5.2 Garnis rehabcenter

Det var 129 patienter som besökte Garnis för neurologiska skador eller sjukdomar under 2018. Av de neurologiska diagnoserna dominerar multipel skleros (MS), Parkinson och stroke. I gruppen övrigt finns patienter med exempelvis smärta och problem från muskler och leder. Vid Garnis rehabcenter

⁷ Nyckeltalet är närsjukvårdsområdets andel av Norrbottens totala befolkning 2018

var medelåldern vid inskrivning 53 år 2018. Det var en jämn fördelning mellan kvinnor och män.

5.2.1 Resurser

Personalstaten för den neurologiska rehabiliteringen vid rehabcentret fördelade sig enligt tabell 11 under 2018.

Tabell 11. Personalstat Garnis rehabcenter neurorehabilitering 2018

	Arbets- reapeut	Fysioterapeut	Kurator	Logoped	Sjuksköterska	Undersköterska/ rehabassistent	Enhetschef	Kök och städ
Garnis re- habcenter	200%	175%	100%	0%	100%	40%	50% inkl. smärtrehabilite- ring	300%

5.2.2 Diagnosgrupper

Garnis rehabcenter har länsuppdrag för rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom/skada och personer med långvarig smärta. Av de neurologiska diagnoserna dominerar multipel skleros (MS), Parkinson och stroke. I gruppen övrigt finns patienter med exempelvis smärta och problem får muskler och leder. Diagnosfördelningen är direkt kopplad till vilka rehabgrupper som har genomförts under året, t ex Parkinson grupp. Tabell 12 visar fördelningen av diagnoser mellan rehabgrupperna.

Tabell 12. Fördelning av diagnoser mellan rehabgrupper vid Garnis 2016-2018

Diagnoser - Garnis (GRC egen statistik)	2016	2017	2018
Neuroprogram grupp	26 % MS 20 % Park 15 % Stroke 39 % övrigt	42 % Park 29 % MS 12 % Stroke 17 % övrigt	34 % park 27 % MS 17 % Stroke 22 % Övrigt
Kognitiv grupp	9 % stroke 81 % övrigt	24 % stroke 76 % övrigt	34 % stroke 66 % övrigt
Individuell	25 % stroke 75 % övrigt	27 % MS 20 % stroke 7 % Park 46 % övrigt	21 % MS 21 % park 14 % stroke 44 % övrigt
Rullstolsskola	18 % MS 9 % smärta 73 % övrigt	45 % MS 10 % stroke 45 % Övrigt	29 % MS 14 % Park 57 % övrigt

5.2.3 Åldersfördelning av patienter

Det var en jämn fördelning mellan kvinnor och män som deltog i rehabgrupper vid Garnis rehabcenter 2018. En övervägande del kvinnor deltog i rullstolsskola och MS-kick grupp medan det enbart var män i ryggmärgsskadegruppen. Vid Garnis rehabcenter var medelåldern vid inskrivning 53 år

2018. Den yngsta patienten var 21 år och deltog i MS-kickgrupp. Den äldsta patienten var 75 år med ryggmärgsskada.

Tabell 13. Åldersfördelning per rehabgrupp

Ålder	2016	2017	2018
Neuroprogram grupp	54 (21-78)	57 (29-79)	55 (35-69)
Kognitiv rehab	44 (21-66)	46 (24-61)	48 (29-60)
Individuell	41 (26-56)	50 (29-73)	52 (22-70)
Rullstolsskola	51 (31-68)	51 (24-62)	49 (37-61)
MS-KICK	38 (26-46)	38 (24-50)	40 (21-70)
RMS-grupp			62 (50-75)

5.2.4 Produktion

Det var 129 patienter som besökte Garnis för neurologiska skador eller sjukdomar. Av dessa påbörjade 93 personer rehabiliteringsåtgärder individuellt eller i grupp, övriga tackade nej eller hade medicinska skäl till att inte delta. Under 2018 minskade antalet patienter (129) och besök (3484) jämfört med 2017 då 151 patienter besökte Garnis med totalt 4030 besök. Minskningen berodde på att det blev färre anställda arbetsterapeuter och fysioterapeuter vilket gjorde att färre vårdplatser kunna hållas öppna.

Det är få patienter som avbryter rehabiliteringen. Av de 93 patienter som påbörjade rehabiliteringsåtgärder, genomförde 88 hela rehabiliteringsprogrammet. Det är lika många kvinnor som män lämnat återbud eller uteblivit från rehabiliteringen.

5.2.5 Täckningsgrad

För att få en uppfattning om täckningsgraden i länet jämfördes andel av patienterna, med neurologisk sjukdom eller skada, från länets olika delar med hur stor andel av befolkningen som fanns i respektive geografiskt område. För Kalix och Piteås närsjukvårdsområden motsvarade andelen patienter, andelen av befolkningen. Däremot har andelen patienter från Gällivare och Kiruna minskat mellan 2016 och 2018 och andelen patienter från Luleå och Boden har ökat.

Tabell 14. Andel patienter med neurologisk sjukdom eller skada fördelat på länets geografiska områden samt områdenas andel av befolkningen 2018

Närsjukvårdsområde	2016	2017	2018	Andel av befolkningen 2018
Gällivare Kiruna	25%	14%	16%	21%
Kalix	11%	8%	11%	13%
Luleå Boden	42%	54%	51%	42%
Piteå	22%	24%	22%	24%

5.2.6 Remitterande instanser

Remisserna till Garnis rehabcenter kommer till största delen från Sunderby sjukhus, Rehabiliteringsmedicin (38 %) samt Neurologen (34 %). Cirka 16

procent är interna remisser från Garnis och fem procent av remisserna kommer från länets hälsocentraler. Jämfört med tidigare år minskade antalet remisser från Neurologen från 50 stycken 2017 till 34 stycken 2018.

Tabell 15. Kliniker som skickat remiss till Garnis rehabcenter

Inremitterande kliniker Garnis (neuro,kogn,ind,rull)	2016 n=63	2017 n=102	2018 n=94
NÖV/Avd 41N	29	34	36 (38%)
Neurologen Sunderbyn	21	50	32 (34%)
Medicinmott/Neurologen Gällivare	4	2	0
Medicinrehab avd/övre (nivå 2)	1	0	1 (1%)
Hälsocentral (nivå 1)	1	9	5 (5%)
Umeå neuro	-	-	1
Egen vårdbegäran	7	7	4
Intern remiss Garnis	-	-	15 (16%)
övrigt	-	-	-

Det har varit en omsättning av neurologer i länet vilket kan vara en förklaring till det minskade remissinflödet mellan 2017 och 2018. Under 2017 kan det ha varit en topp efter att man legat efter med remisser tidigare år.

5.3 Sammanfattning rehabiliteringsmedicin

Rehabiliteringsmedicin är en medicinsk specialitet med länsuppdrag för högspecialiserad rehabilitering av personer i åldrarna 16-65 år med hjärnskador, ryggmärgsskador, olika neurologiska sjukdomar och godartad långvarig smärta. Rehabiliteringen sker vid Sunderby sjukhus avdelning 41 Neurorehab/Stroke, där nio av 21 vårdplatser är till för rehabilitering av patienter från hela länet och kallas för avd 41neurorehab. Den andra delen av avdelningen, 41 stroke, fungerar som länsdelssjukhus för akuta strokepatienter från Luleå och Boden närsjukvårdsområde. Till Rehabiliteringsmedicin hör även Garnis rehabcenter i Boden som har ett länsuppdrag för rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom/skada och personer med långvarig smärta.

Avdelning 41 neurorehabilitering

5.3.1 Dubbelt så många män som kvinnor med neurologiska diagnoser vårdades vid avdelningen 2018

Totalt vårdades 50 patienter under 2018 för rehabilitering vid avdelning 41 neurorehab. Största diagnosgruppen var stroke (46 %), följt av ryggmärgsskada (18 %), andra hjärnskador (16 %) och traumatiska hjärnskador (12 %). Ett fåtal patienter hade någon form av neurologisk sjukdom (6 %). Under 2018 var det dubbelt så många män (34) som kvinnor (16) som vårdades vid avdelning 41. Kvinnorna var i genomsnitt något yngre än männen (49 år respektive 52 år). Jämfört med motsvarande verksamheter i riket har avdelningen högre andel män och lägre medelålder.

5.3.2 Svårighet med vårdplatser ledde till att färre patienter fick ta del av den specialiserade rehabiliteringen

Svårigheter med vårdplatser vid Sunderby sjukhus medförde att platser vid avdelningen nyttjades av andra verksamhetsområden. Detta tillsammans med ett minskat antal disponibla vårdplatser vid avdelningen ledde till att färre patienter kunde rehabiliteras och hög beläggning under 2018. Antalet vård dagar vid avdelning 41 neurorehab sjönk markant mellan åren 2017 och 2018. Under året fick 52 patienter rehabilitering vilket är 23 procent färre jämfört med 2017. Totalt hade avdelningen 110 inskrivningar, inkluderat patienter från övriga verksamhetsområden.

5.3.3 Ojämn geografisk fördelning av patienter

Avdelning 41 neurorehab har ett länsuppdrag gällande rehabilitering på nivå 3. Dit remitteras patienter från hela länet. Andelen patienter från Luleå och Boden ökade under 2018 jämfört med tidigare år. Mer än 50 procent av patienterna kom från närsjukvårdsområdet vilket var 15 procent högre än nyckeltalet. Orsaken uppges vara att Sunderby sjukhus inte har vårdplatser för rehabilitering av patienter från Luleå och Boden. Detta har inneburit att fler patienter från Luleå och Boden och färre från övriga länet får ta del av läns-specialitetens rehabilitering.

Garnis rehabcenter

5.3.4 Mest neurologiska diagnoser vid Garnis

Garnis rehabcenter har länsuppdrag för rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom/skada och personer med långvarig smärta. Av de neurologiska diagnoserna dominerar multipel skleros (MS), Parkinson och stroke. I gruppen övrigt finns patienter med exempelvis smärta och problem får muskler och leder.

5.3.5 Jämn fördelning mellan kvinnor och män samt låg medelålder

Det var en jämn fördelning mellan kvinnor och män som deltog i rehabgrupper vid Garnis rehabcenter 2018. En övervägande del kvinnor deltog i rullstolsskola och MS-kick grupp medan det enbart var män i ryggmärgsskadegruppen. Vid Garnis rehabcenter var medelåldern vid inskrivning 53 år 2018. Den yngsta patienten var 21 år och deltog i MS-kickgrupp. Den äldsta patienten var 75 år med ryggmärgsskada.

5.3.6 Minskat antal besök under 2018

Under 2018 minskade antalet patienter (129) och besök (3484) jämfört med 2017 då 151 patienter besökte Garnis med totalt 4030 besök. Minskningen berodde på att det blev färre anställda arbetsterapeuter och fysioterapeuter vilket gjorde att färre vårdplatser kunna hållas öppna.

5.3.7 Andelen patienter från Gällivare och Kiruna har minskat samtidigt har patienter från Boden och Luleå ökat

För att få en uppfattning om täckningsgraden i länet jämfördes andel av patienterna, med neurologisk sjukdom eller skada, från länets olika delar med

hur stor andel av befolkningen som fanns i respektive geografiskt område. För Kalix och Piteås närsjukvårdsområden motsvarade andelen patienter, andelen av befolkningen. Däremot har andelen patienter från Gällivare och Kiruna minskat mellan 2016 och 2018 och andelen patienter från Luleå och Boden har ökat.

5.3.8 Slutsatser rehabiliteringsmedicin

- Jämfört med motsvarande verksamheter i riket var det en högre andel män (68%) än kvinnor (32%) som fick rehabilitering vid avd 41 neurorehab. Om detta kvarstår för 2019 och framöver behöver en analys genomföras för att säkra att rehabiliteringen som erbjuds är jämställd.
- Svårigheten med vårdplatser vid Sunderby sjukhus har stor påverkan på möjligheten till specialiserad rehabilitering i länet vilket är till nackdel för kartläggningens målgrupp. Eftersom Sunderby sjukhus inte haft vårdplatser för rehabilitering vid övriga vårdavdelningar har fler patienter från Luleå och Boden fått ta del av de specialiserade resurserna vid avdelning 41 neurorehabilitering än patienter från övriga länet. Detta är inte en jämlik tillgång till rehabilitering och en analys behöver genomföras.
- Vid Garnis rehabcenter får patienter i målgruppen rehabilitering. Den riktar sig dock till yngre patienter eftersom det krävs att patienterna klarar sin ADL själva. Verksamheten är jämställd. Även vid Garnis rehabcenter har andelen patienter från Luleå och Boden ökat i förhållande till befolkningsunderlaget. Detta är inte en jämlik tillgång till rehabilitering och en analys av orsakerna behöver göras.

6 Cancerrehabilitering

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt.

Det första nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering blev klart 2014. Vårdprogrammet reviderades under 2017 och uppdaterades februari 2019. Det omfattar rehabilitering av vuxna patienter med cancer oberoende av diagnos, kön, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer. Målet är att alla patienter med cancer och deras närstående ska få möjlighet till rehabiliteringsinsatser utifrån sina unika situationer, behov och egna resurser, vilka kan skifta under processen. De senaste åren har det bedrivits mycket forskning inom området och nya rön, inte minst inom betydelsen av fysisk aktivitet, har tillkommit.

I Norrbotten har det ännu inte etablerats en struktur för cancerrehabilitering. Styrgruppen för Norrbottens lokala cancercentrum (LCC) saknar en representant för rehabilitering vilket gjort att rehabiliteringen inte lyfts in i de lokala vårdprogrammen för cancer. Det finns en otydlighet i var uppdraget att driva cancerrehabilitering ligger. De olika formerna av cancer sköts av verksamheter som har verksamhetschef/länschef med uppdrag för hela länet. Motsvarande struktur finns inte för området rehabilitering som istället leds av länets närsjukvårdschefer. Vid Sunderby sjukhus finns en lokal processledare som försöker skapa en struktur för cancerrehabilitering i länet genom bildandet av en nätverksgrupp för paramedicinare (exempelvis arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, kuratorer samt logopedier) vid länets sjukhus. Det framkommer att resurser för cancerrehabilitering finns men nyttjas i låg omfattning vilket kan bero på att rehabiliteringsbehov hos patienterna inte uppmärksammas.

Vid Piteå och Sunderby sjukhus erbjuds från och med hösten 2019 fysisk aktivitet till cancerpatienter. För att säkra tillgången till cancerrehabilitering i hela länet föreslås följande förslag till utveckling:

- Representant för rehabilitering lyfts in i styrgruppen för LCC, förslagsvis verksamhetschef för paramedicin i Sunderbyn
- Beskrivning av rehabiliteringsprocessen för cancerpatienter tas fram. Pilot inom ett av de standardiserade vårdförloppen för cancer.

7 Dialog med patienter

Via Funktionsrätt Norrbotten har kontakt tagits med representanter från medlemmar i patient- och brukarorganisationerna. Under våren 2019 intervjuades representanter från Neuro Norrbotten, Parkinsonföreningen och Delaktighet Handlingskraft Rörelsefrihet (DHR) Boden. Skriftliga tillägg har också inkommit från Neuro Norrbotten och DHR Boden. Av det samlade materialet framkommer att delar av rehabiliteringen behöver utvecklas.

7.1 Tillgång till rehabilitering

Vid samtal med organisationerna framkom att

- tillgången till professionella rehabiliteringsaktörer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter samt stöd vid kris är otillräckligt.
- egenansvar för rehabilitering är viktigt
- viktigt att återkommande rehabilitering med specialistfunktioner som arbetsterapeut och fysioterapeut erbjuds
- viktigt att rehabilitering sker på hemorten, är sammanhållen och att individen erbjuds inbyggande perioder för rehabilitering.
- rehabilitering tillgodoses inte i tillräcklig omfattning vid hälsocentralerna
- det är svårt att få direktkontakt med distriktsläkare per telefon. Tjänsten 1177 anses fungera bra eftersom den ger möjlighet till förnyelse av recept och att komma i kontakt med vårdgivaren

7.2 Samordning

Samordningen mellan slutenvård och primärvård behöver utvecklas. Idag upprättas sällan samordnad individuell plan (SIP) för rehabilitering. Patienterna har en begränsad kännedom om möjligheten att tillsammans med rehabiliteringsaktörer upprätta en SIP. Patient- och brukarorganisationerna saknar ett fungerande multiprofessionellt teamarbete inom hälso- och sjukvården. För ett antal år sedan fanns olika specialiserade team med inriktning mot rehabilitering exempelvis sjuksköterska med speciell inriktning mot Parkinson. Numera upplevs insatserna mer fragmentiserade.

7.3 Kontinuitet

Många medlemmar i patient- och brukarorganisationerna har kroniska diagnoser som de åldras med vilket innebär att återkommande rehabiliteringsperioder krävs. Representanterna från organisationerna uttryckte att informationen om möjligheter till rehabilitering behöver förändras från att som individ förväntas ta kontakt för rehabilitering, till att regelbundet kallas till rehabilitering. Ingen av de som representerade brukarorganisationerna kände till att det finns rehabiliteringskoordinatorer eller möjlighet till fast vårdkontakt.

I de fall där en etablerad relation med rehabiliteringsaktör finns, upplevs det som enkelt att ta kontakt med denne.

7.4 Förslag till utveckling

Patient- och brukarorganisationerna lämnade följande förslag till utveckling av rehabiliteringen i Norrbotten:

- Att återupprätta multiprofessionella specialistteam som kan innebära att exempelvis neurologer stannar kvar i Region Norrbotten.
- Fler utrustade lokaler för gratis rehabilitering där personer med återkommande behov kan genomföra sin rehabilitering. Det finns exempel vid länets sjukhus där föreningarna utan kostnad får låna lokal och utrustning för egen träning. Träningsprogram som återkommande uppdateras av fysioterapeut krävs även för de som nyttjar den möjligheten.
- En mer tydlig och strukturerad rehabiliteringsprocess med stegvis planering och åtgärd liknande den inför ett operativt ingrepp
- Stödja hälsofrämjande insatser även för personer med funktionsnedsättning
- Patient- och brukarorganisationerna kan nyttjas för att sprida goda idéer både till hälso- och sjukvården och mellan organisationerna
- Medlemmarna i föreningarna kan på olika sätt fungera som volontärer vid rehabilitering
- Ingång till vården, typ Lättakuten, för frågor och mindre problem som uppstått till följd av grundsjukdomen.
- Hälso- och sjukvården bör informera patienten om vilka brukarorganisationer som finns att vända sig till
- Tillgång till fysisk aktivitet som leds av rehabiliteringspersonal 3 ggr/v för de som har ett behov
- 1177 Vårdguiden kan även utvidgas till att kunna ställa frågor gällande rehabilitering
- Bemanna Garnis även kvällar och helger, idag svårt för de som inte har assistent att vistas där
- Gör rehabilitering i hemmet möjligt
- Digitalisering ger nya möjligheter till rehabilitering t.ex. kan boxning tränas framför kamera, några kan använda digitaliseringsverktyg för minnesträning

7.5 Sammanfattning av dialog med patienter

Via Funktionsrätt Norrbotten har kontakt tagits med representanter från medlemmar i patient- och brukarorganisationerna. Under våren 2019 intervjuades representanter från Neuro Norrbotten, Parkinsonföreningen och Delaktighet Handlingskraft Rörelsefrihet (DHR) Boden.

7.5.1 Tillgången till rehabilitering sviktar

De intervjuade personerna framförde att tillgången till professionella rehabiliteringsaktörer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter samt stöd vid kris är

otillräckligt. De ansåg att återkommande rehabilitering med specialistfunktioner som arbetsterapeut och fysioterapeut ska erbjudas. Den ska ske på hemorten och vara sammanhållen. Individer ska även kunna erbjudas inneliggande perioder för rehabilitering. Vidare menar de intervjuade att rehabilitering inte tillgodoses i tillräcklig omfattning vid hälsocentralerna samt att det är svårt att få direktkontakt med distriktsläkare per telefon

7.5.2 Samordningen mellan slutenvård och primärvård behöver utvecklas

De intervjuade framför att det sällan upprättas samordnad individuell plan (SIP) för rehabilitering. Patienterna har en begränsad kännedom om möjligheten att tillsammans med rehabiliteringsaktörer upprätta en SIP. Patient- och brukarorganisationerna saknar ett fungerande multiprofessionellt teamarbete inom hälso- och sjukvården. Insatserna upplevs mer fragmentiserade.

7.5.3 Dålig kännedom om möjlighet till fast vårdkontakt som hjälper till att koordinera vård och rehabilitering

Många medlemmar i patient- och brukarorganisationerna har kroniska diagnoser som de åldras med vilket innebär att återkommande rehabiliteringsperioder krävs. Representanterna från organisationerna uttryckte att informationen om möjligheter till rehabilitering behöver förändras från att som individ förväntas ta kontakt för rehabilitering, till att regelbundet kallas till rehabilitering. Ingen av de som representerade brukarorganisationerna kände till att det finns rehabiliteringskoordinatorer eller möjlighet till fast vårdkontakt.

7.5.4 Slutsatser dialog med patienter

- Företrädare för patienter i målgruppen för kartläggningen, framför att tillgången till rehabilitering är otillräcklig i länet. Det gäller både rehabilitering i primär och specialiserad vård, dvs samtliga nivåer för rehabilitering utifrån regionens rehabiliteringsöverenskommelse. Ingen rehabilitering erbjuds de personer som är i behov av regelbunden rehabilitering men har stora behov av omvårdnad, dvs klarar inte ADL (Aktiviteter i det dagliga Livet) själv. Tidigare kunde de skrivas in på vårdavdelning för planerad rehab. Nu ska kommunerna, genom hemsjukvårdsavtalet, ge rehabilitering i hemmet men detta sker inte.
- Det saknas samordnade individuella planer för rehabilitering och kännedomen om möjlighet till detta är låg hos patienterna. Detta kan vara en av anledningarna till att rehabiliteringen idag upplevs fragmentiserad och i avsaknad av multiprofessionellt teamarbete.
- Med de diagnoser som målgruppen har, kommer återkommande rehabiliteringsperioder att krävas livet ut. Kännedomen om möjlighet till stöd att koordinera sin rehabilitering är låg. Rehabiliteringsverksamheterna kan inte förvänta sig att patienter i målgruppen ska initiera rehabiliteringsperioder utan behöver bli bättre på att regelbundet erbjuda rehabilitering utifrån behov.