

***”Hur vet vi att vi
prioriterar rätt patienter
till operation?”***

2025-05-19 Magnus Hedström Områdeschef
Länssjukvårdsområde 1 Region Västerbotten

Det vet vi inte – ännu i alla fall!



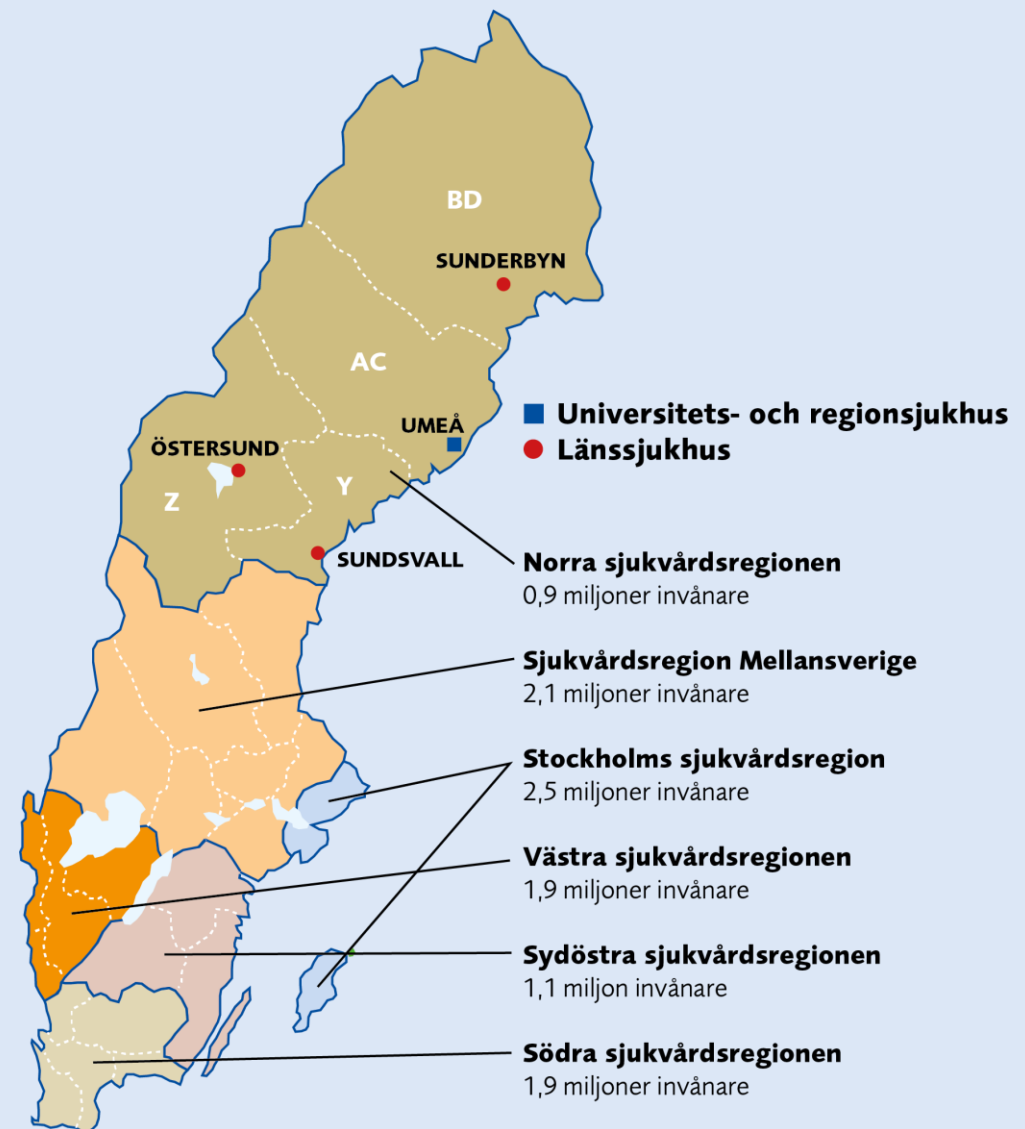
Västerbottens län

- Landareal: 54 665 km², 1/8 av Sverige och det näst största länet till ytan
- Befolkning 2025: 281 000 personer
- Ca 2,8 procent av svenskarna bor i Västerbotten
- 5 operationsavdelningar



Sjukhusvård i Sverige

Norra sjukvårdsregionen omfattar halva Sveriges yta och har cirka 900 500 invånare.



Länssjukvårdsområde 1

Hand- och plastik (NHV)

Kirurgcentrum (NHV)

Rörelseorganens centrum

Bild- och funktionsmedicin

Anopiva Nus

Ögon

Cancercentrum

Laboratoremedicin

Centrum för obstetrik och gynekologi

Neuro- huvud- halscentrum (NHV)

Hjärtcentrum

Det vet vi inte!

- ”Historiskt” operationsutrymme
- Benigna diagnoser trängs undan, prolapser, sköldkörtlar, urologi, artrossjukdomar, ÖNH-ingrepp
- Hyravgift medför att patienter med lindrigare besvär ofta opereras tidigare än mer komplicerad patient
- Den största flaskhalsen är brist på operationssköterskor, i andra hand vårdplatser, operationssalar finns

Hur ser arbetet ut för att säkerställa att ni inom er region fortlöpande fördelar operationsresurs till rätt patientgrupper?

- Operatörer roterar mellan sjukhus sjukhus
- Obesitaskirurgi till Lycksele
- Benign gynekologi till Lycksele och Skellefteå
- Protoser från Umeå till Lycksele, operatörer från Umeå

Hur vet ni på regional nivå – i jämförelse med andra regioner – att ni ligger rimligt rätt i måluppfyllelse för de olika operationstyperna?

- Thoraxkirurgi
- Neurokirurgi
- Tumörkirurgi

- Brister finns dock inom ortopedi, främst ryggkirurgi och arytmiingrepp inom kardiologin

- Går att följa i kvalitetsregister och väntetider

När blir det dags att köpa (eller sluta köpa) operationsutrymme från andra offentliga eller privata aktörer?

När vi klarar egen kompetensförsörjning och klarar vårdgarantin

- Ortopedi, höfter, ryggar, fötter, skopier sedan många år
- Nytt avtal under upphandling: gyn, kirurgi, ortopedi, urologi
- PKS visar ryggsäck som behöver opereras bort: egen köbearbetning, samarbete med externa vårdgivare lokalt och nationellt, skicka patienter på vårdgaranti

Hur anpassar man bäst väntetider för icke imperativ kirurgi i relation till andra ingrepp?

- Genom köbearbetning
- Avtal med externa vårdgivare
- Utbuds begränsa

Upplevda skav

- Plastikkirurgiska ingrepp med vårdplatsbehov kontra SVF-patienter
- Elektiv kirurgi mot akut kirurgi, ortopedens akutlista
- Cancer mot cancer, stuprör, prioriteringar
- Vem äger patienten? Revirtänkande mellan specialiteter men också mellan sjukhusen
- Utbildningsbehov, ex anesthesi och/eller operatör
- De som "äger" sin operationsresurs upplever högre grad av flexibilitet och handlingsfrihet (HPL, ögon, thorax)

Snart samma bild!

- Gemensam bild av behovet
- Behov minus balanserad plan behöver initialt omhändertas
- Vad skickar vi och varför?
- Behovet är inte oändligt – köerna växer inte
- Vertikal prioritering inom enheter, horisontell prioritering mellan enheter
- PKS, dynamisk salstilldelning
- Prioriteringsarbete i operationsrådet

Samarbete mellan regioner?

- Återkommande förslag men lämnar inte planeringsstadiet
- Svårt med debiteringar, kostnadsfördelningar, vem gör vad?
- Ingen tar ägarskapet
- Verkar vara svårt att få en samlad bild av kapacitet och behov

Projekt ögon

Från 1350 till knappt 400!

Hantera Ryggsäck

Ryggsäck inför
planeringsperiod



Skicka till annan vårdgivare



Kapacitet 10



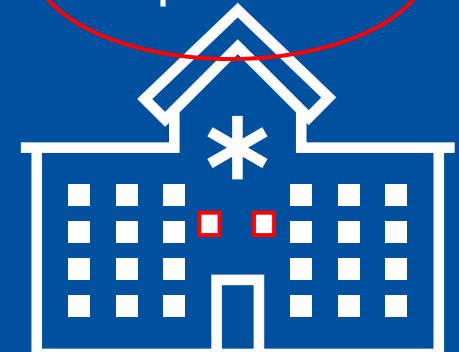
Ryggsäck till nästa
planeringsperiod



Köbearbeta



Tillfällig
Kapacitet 2



Centrala op-rådet

Underlag att fördela

- Ryggsäck
- Differens mellan behovsplan och balanserad plan

Lägga plan och följa upp

- Fördelade resurser (ev. justeringar av balanserade planer)
- Skickade patienter
- Köbearbetning

Slut!