

HSD INFORMERAR

2024-09-25

Tillgänglighet, Behovsstyrd vård

Organisationsförändring

Uppdaterad cancerstrategi

Rikstäckande och regiongemensam samverkansmodell för intensivvårdstransporter

COSMIC

Tillgänglighet

Förändringar juli - augusti 2024

Bup förstabetesök och behandling ingår
inte
i vårdgarantiuppföljningen
Redovisning enligt SKR

Vårdgarantiläget

- Förstabetesök: 53,9 % **(-5,6%-enheter)** april 72,6
- Åtgärder: 29,1 % **(-4,4 %-enheter)** april 47,1

Totalt antal väntande (exkl. PvV/MoV)

- Förstabetesök: **+237** (15 209) april 14135
- Åtgärder: **-28** (10 046) april 9425

Antal väntande patienter längre än 90 dagar (exkl. PvV/MoV)

- Förstabetesök: **+962** (läkarbesök +927, övriga yrkeskategorier +35) april -192
- Åtgärder: **+467** (ex. kirurgi +119, ÖNH +82, ögon +64) april - 5

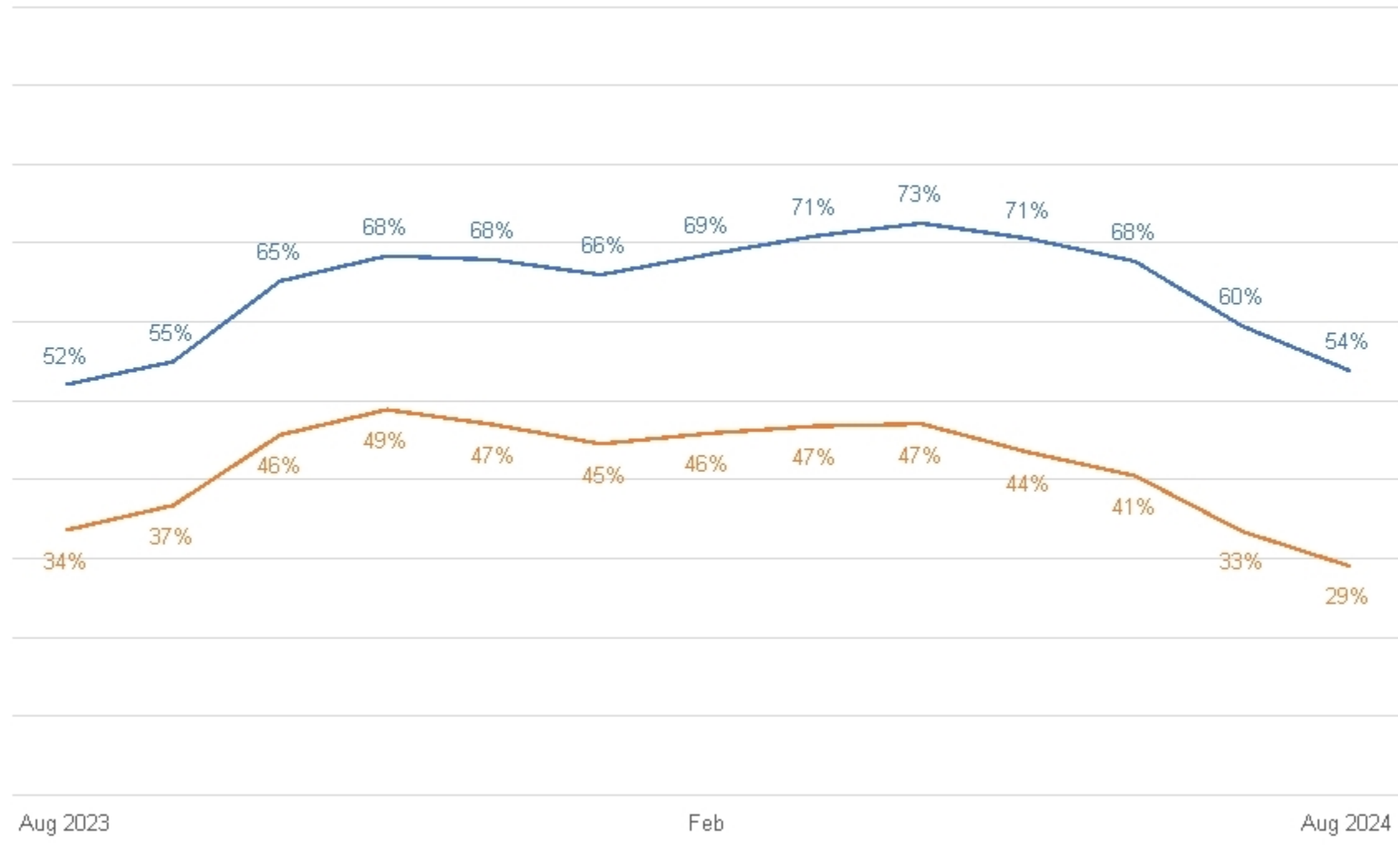
Antal väntande patienter längre än 365 dagar (exkl. PvV/MoV)

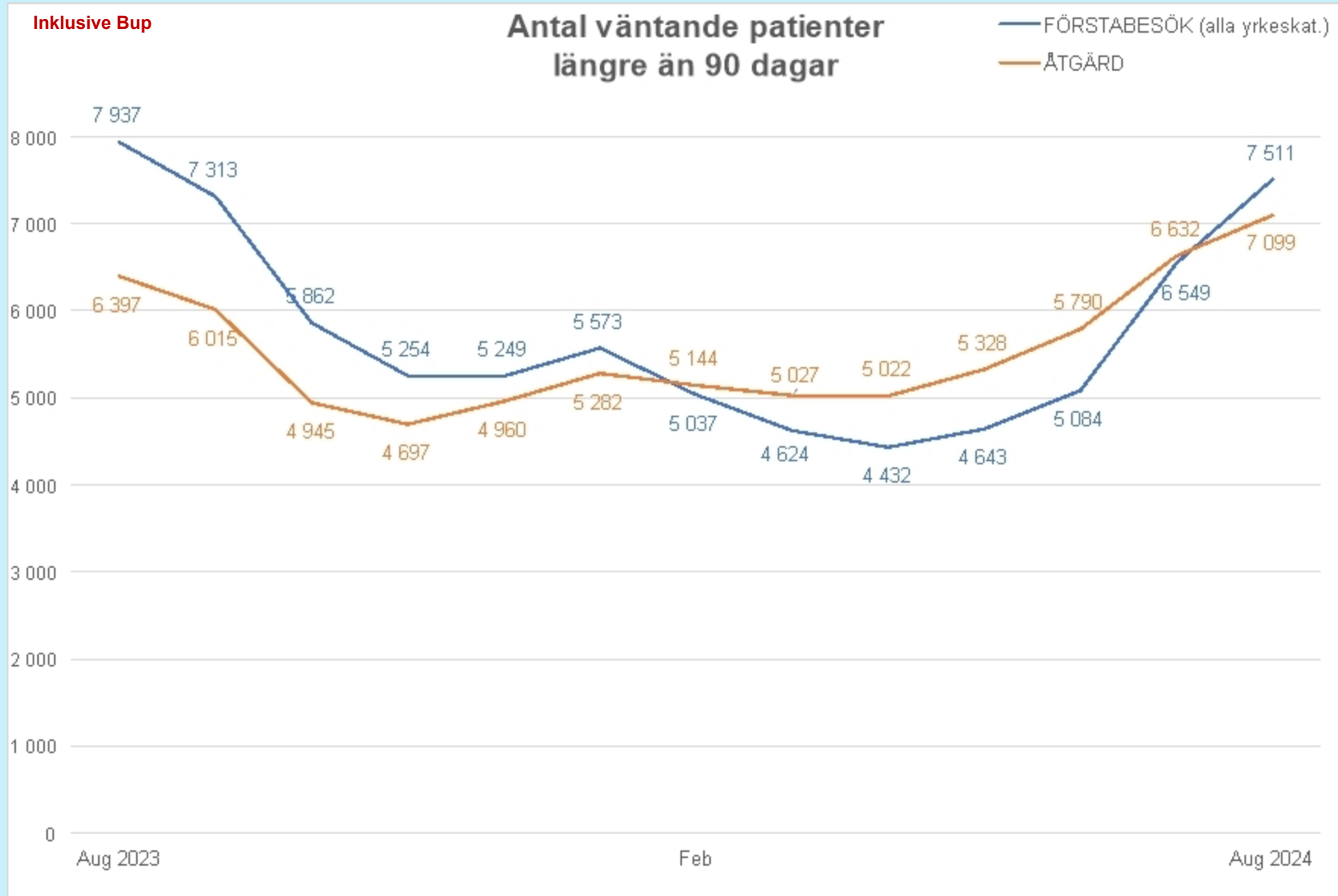
- Förstabetesök: **+39** (läkarbesök +18, övriga yrkeskategorier +21)
- Åtgärder: **+65** (ex. utprovning HA +39, ÖNH +27)

Exklusive Bup

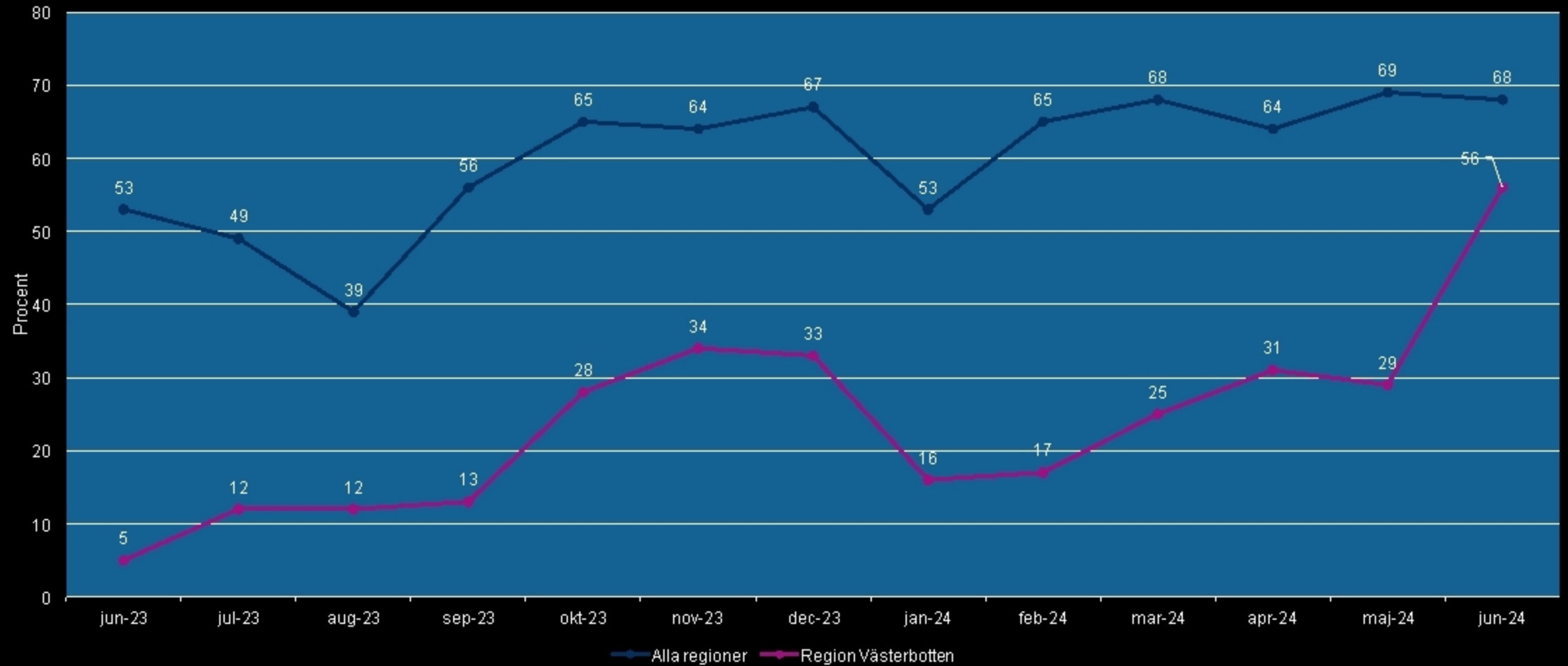
Måluppfyllelse Vårdgaranti

FÖRSTABESÖK (alla yrkeskat.)
 ÅTGÄRD



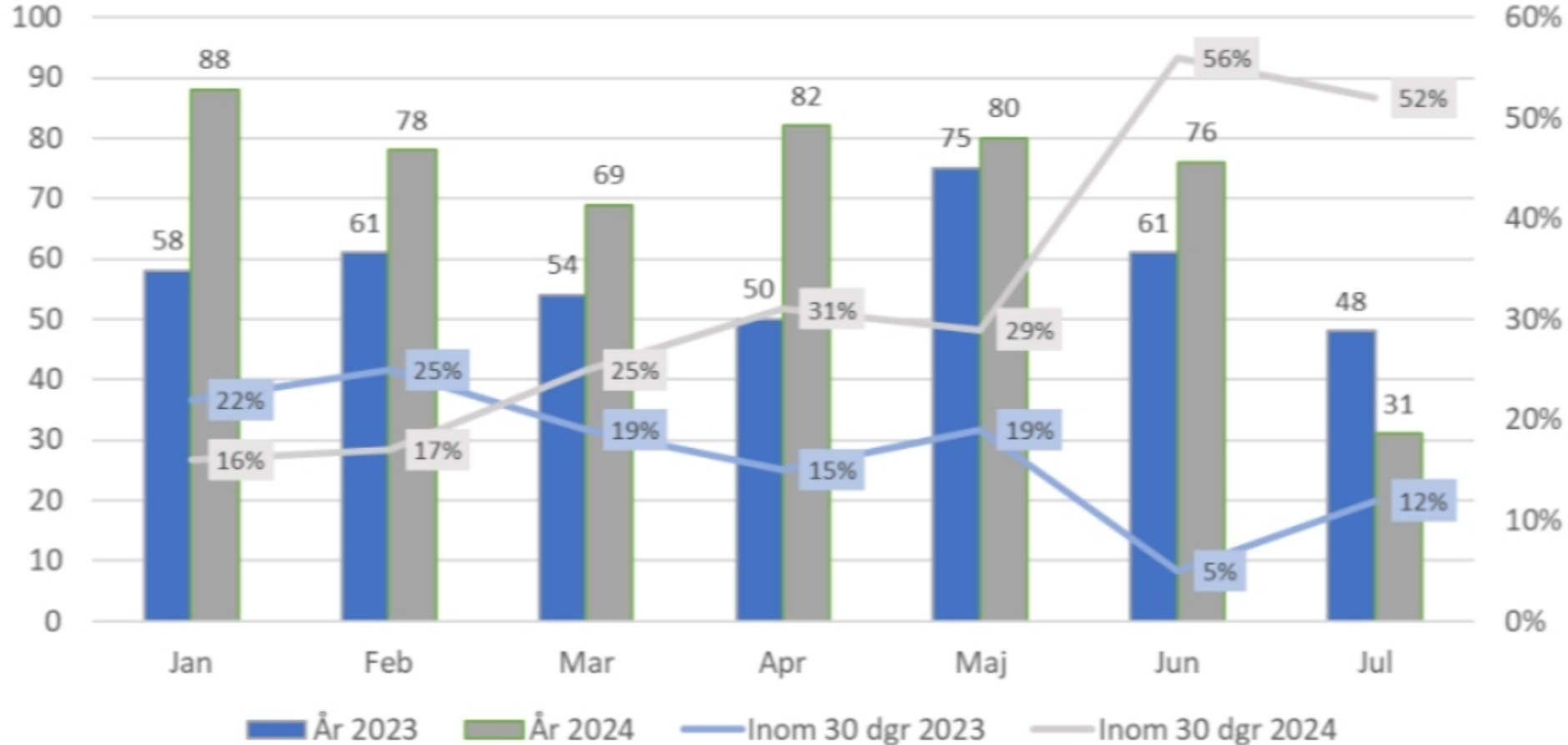


Andel inom 30 dagar



Grafen gäller nybesök på BUP. Observera att den stegvisa bedömningen som införts from juni ej i detta skede inkluderar hela flödet utan endast de patienter som ej har någon vårdkontakt sedan tidigare, därav kan 100% aldrig uppnås just nu.

Genomförda nybesök



Antal genomförda Nybesök och inom 30 dagar jan-juli

2024-2023 jan-juli
Antalet nybesök ökat med 97 besök 24% jmf med jan-juli 2023

Andel nybesök inom 30 dagar har ökat markant jmf med jan-juli 2023

Nybesök Värtetider i vården	Väntetider i ingående antal	Väntande ingående antal	Genomförda nybesök	Väntande utgående antal	Inflöde väntelista
2024 jan-juli		1 215	504	1 277	566
2023 jan-juli		904	407	1 181	684

Nedan samtliga väntande;

Behovsstyrd vård

Regeringsuppdrag, utredare Anna Nergård

Förslag på statliga engångsinsatser för att minska väntetider och korta köer lämnas 2/1 2025 (pm-form)

Slutbetänkande lämnas 26/5 2026

UTREDNINGENS UPPDRAG I KORTHET

- ④ En vårdgaranti inom den specialiserade vården som utgår från patientens behov och med väsentligt kortare tidsgränser än idag (förhållandet till HSL portalparagraf betonas)
- ④ Ökade möjligheter att fritt välja utförare i hela landet i de fall vårdgarantin inom den specialiserade vården inte kan uppfyllas i hemregionen (även inkluderande sluten vård)
- ④ Föreslå hur huvudmän och vårdgivare kan få bättre förutsättningar att uppfylla vårdgarantin och följa patientlagen
- ④ Visa på åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall vårdgarantin och patientlagen inte följs
- ④ Föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas som har fokus både på lärande och ansvarsutkrävande
- ④ Särskilt belysa området barn och unga med psykisk ohälsa ur tillgänglighetsperspektiv (vårdgarantin BUP)
- ④ Föreslå hur kontinuiteten inom den specialiserade vården kan förbättras
- ④ Föreslå statliga engångsinsatser föra att korta köer och minska väntetider utan att undanträngningseffekter uppstår

VAD LEVERERAS I JANUARI 2025?

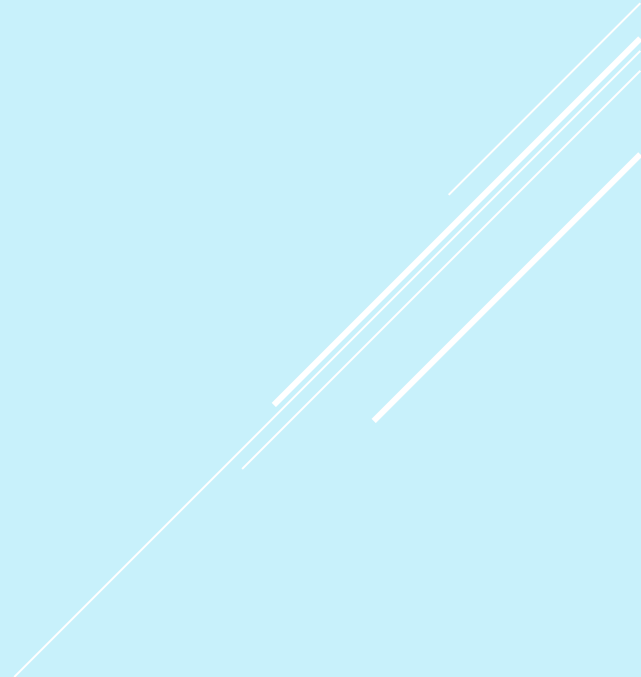
- ④ PM med förslag på konkreta åtgärder för att korta köer
- ④ Grundat på utredningens analys av insamlat material från olika aktörer
- ④ Förankrat på ett sådant sätt att det blir praktiskt användbart och genomförbart
- ④ Åtgärderna förhåller sig till utredningens fortsatta uppdrag
- ④ Till nytta för patienter och huvudmän, och användbart på systemnivå

VAD SKULLE DET KUNNA HANDLA OM?

- ④ Finns delar i Socialstyrelsen uppdrag som bör vara med?
- ④ Bör det gälla särskilda diagnosgrupper, t ex höft-/knäplastiker, katarakt, framfall...?
- ④ Ska det samordnas nationellt eller tar enskilda regioner leaden för olika delar?
- ④ Hur visar vi att detta mer kortsiktiga hänger ihop med hela utredningens uppdrag och därmed också med långsiktiga lösningar?

ORGANISATIONSÖVERSYN HSF

④ Förslag till ny områdesindelning



VARFÖR GÖRS EN ÖVERSYN/FÖRÄNDRING?

- En ny områdeschef ska rekryteras
- Närsjukvårdsområde Umeå behöver minskas i storlek
- Förslaget syftar till att stärka det lokala ledarskapet per ort och bygga ett starkare ägandeskap och samarbete kring vårdplatser lokalt
- Den perfekta organisationen finns inte 😊 Ett behov av en översyn utifrån det som framkommit sedan organisationen bildades för snart 6 år sedan. Vi behöver stärka organisationen för att möjliggöra en förändring, blicka framåt och utveckla den nära vården.

FORTS... VARFÖR GÖRS EN ÖVERSYN/FÖRÄNDRING?

- Den nya organisationen är i linje med det arbete som pågår med att bygga framtidens sjukhus i Skellefteå
- Hälsa- och sjukvårdsförvaltningens stab renodlas
- Den nya organisationen hänger ihop med målbild2030 och behovet av att stärka den nära vården

Ny organisation 2025-02-01
2025-11-01

Orange ram = förändrad basenhet

Gul ram = Byte av område

Röd ram = byte av område och förändrad/ny basenhet

Blå ram = oförändrat

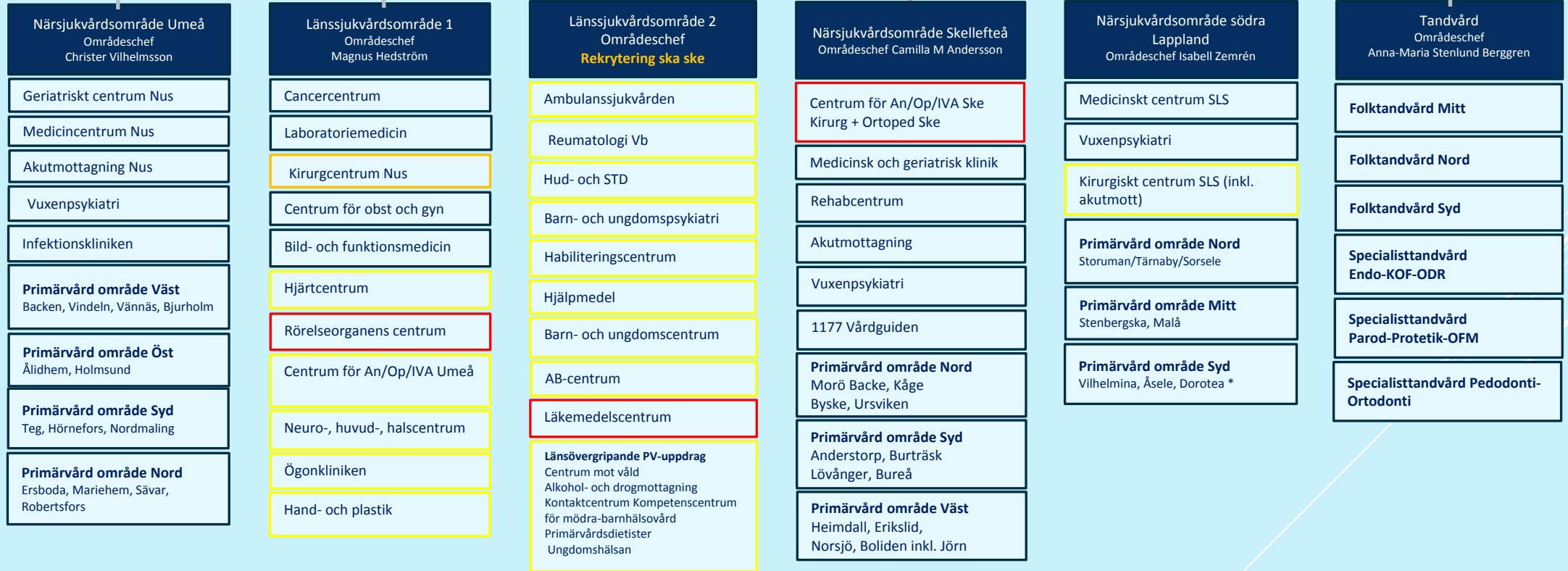
Hälsa- och sjukvårdsdirektör
Elisabeth Karlsson

Stabschef
Yvonne Nygren

HSF-stab

FoUI-direktör
Göran Larsson

Enheterna för Utbildning och kunskapsutveckling, Innovationscentrum, Kliniskt forskningscentrum, Registercentrum Norr, Glesbygdsmedicinskt centrum, Kliniskt träningscentrum, Familjemedicin, Regionalt cancercentrum



Kostnadsneutralt

- ④ Det nya förslaget innebär att antalet bitr. VC minskar i och med centrumbildningen. På en av nuvarande BE finns en VC redan så det blir detsamma.
- ④ Att LMC blir en BE innebär att en VC ska rekryteras men det innebär samtidigt att en tjänst som enhetschef med samma lön som en VC avslutas
- ④ I övrigt innebär förslaget en rekrytering av en OC som vakanthållits under en längre period så det kommer tillföra kostnader som idag täcks upp av att en OC arbetar dubbelt.
- ④ Den kostnaden hade dock uppstått oaktat organisationsförändringen då nuvarande situation inte är hållbar.
- ④ Allt annat oförändrat då byte av område inte medför kostnader.

④ En uppdaterad nationell cancerstrategi
för Sverige



Mot en ny målbild

- Patientens cancerstrategi
- Barn- och unga en strimma genom alla kapitel
- Utgångspunkt i regionernas olika förutsättningar och behov
- I samklang med EU:s cancerplan och internationella rekommendationer (tex WHO)
- Fokus på implementering
- Långsiktighet – behöver vara aktuell oavsett framtida strukturer
- Tydliga mål och prioriteringar, uppföljningsstruktur
- Lättillgänglig för alla aktörer

Palliativ vård

- Vård vid livshotande sjukdom stärks i enlighet med hälso- och sjukvårdens prioriteringar
- Kunskapsstöd samordnas och får en tydlig avsändare
- Tidig anslutning säkras för ökad livskvalitet
- Tillgång till palliativa konsultteam 24/7 – för sjukhuset såväl som patienter vårdade inom ASIH eller kommunal hemsjukvård
- Stärkt samverkan regional-kommunal vård. Palliativsamordnare?

Bedömningar och förslag

- Samlad insats mot riskfaktorer
- Jämlik screening, förstärkt uppföljning
- Utrednings- och behandlingsgaranti
- Diagnostik och behandling (inklusive precisionsmedicin) utvecklas i regionala/nationella infrastrukturer
- Ökad och jämlik tillgång till kliniska prövningar
- Strukturerad värdering av och individanpassad information om rehabiliteringsbehov
- Satsningar inom palliativ vård
- Tydliggjorda roller och ansvar

Tillgänglighet

- Evidens finns för att ökad väntetid kopplas till försämrad överlevnad
- Kriterier och koordinerad utredning inom vårdförlopp värdeskapande, behålls
- Väntetidsmålen förenklas, harmoniseras och inskräper maximal tid:
 - Utredning för att diagnostisera eller utesluta cancer inom en månad (31 d)
 - Behandlingsstart från diagnos inom en månad (31 d)
- Infogas i Socialstyrelsens arbete med tillgänglighet, uppföljning vid patientregistret (lokalt via patientadministrativa system/kvalitetsregister)

Roller, ansvar, prioritering och styrmodell

- RCC lett och drivit utveckling med bredare effekt än cancer
- CCC speglar Europeisk utveckling, kvalitetskultur, kopplar samman vård-forskning
- CCC och RCC behöver integreras
- Stöd för prioritering efterfrågas av regionerna
- Behov av implementering identifieras i regionerna
- Optimal styrmodell? Dialogbaserad styrning? Statsbidrag? Uppföljningsmodeller?

Rikstäckande och regiongemensam samverkansmodell för intensivvårdstransporter

Socialstyrelsen bordlade arbetet med interregionala intensivvårds-transporter som NHV när HSD-nätverket beslutade att med stöd av SKR ta fram en rikstäckande och regiongemensam samverkansmodell för dessa transporter.

Förslaget i korthet

Struktur: Bas i varje sjukvårdsregion

Dedikerade team: Rätt kompetens och erfarenhet ska finnas tillgängliga för att genomföra transporter

Fordon: Varje sjukvårdsregion säkerställer tillgång till ändamålsenliga fordon

Koordinering:

Sjukvårdsregional koordinering: Ansvariga i första hand

Nationell koordinering: Bistår vid behov. Roterar bland frivilliga

CFOG

Inga hyrbarnmorskor kvar på NUS

Hyrläkare endast till jul-nyårshelg

Fortsatt hyrberoende Skellefteå och Lycksele
Fortsatt vikande förlossningstal i länet

Fyra personer i Lycksele påbörjar bm-utbildning

Ögon

Kraftigt försämrad tillgänglighet efter strejken

Gott hopp att hinna ta tillbaka stora delar av tappet under hösten

Besök av och vid andra myndigheter

27/6 Sjukvårdsminister Acko A, "Klinisk forskning i Sverige" (b)

28/8 Sjukvårdsminister Acko A "Nationella vårdförmedling" (b)

30/8 WS Vårdansvarskommittén (h)

4/9 Läkemedelsverket "Utökad samverkan" (h)

5/9 Strategidialog RV och SoS "Tillgänglighetsuppdraget" (h)

4/10 IVO, uppföljning av tillsynsärende (h)

30/10 LIF, samverkansmöte (h)

5-6/11 Ministerbesök vid Glesbygdsmedicin (Storuman)

V46 o 48 Katastrofmedicinska övningsdagar (h)

Nov el dec E-hälsomyndigheten (h)

HSNs och fullmäktiges uppdrag

Redovisas i delårsrapporten

