

Patientflöden och effektivitet inom ögonsjukvård

Granskning på uppdrag av
Landstinget Dalarnas revisorer

November 2017

Tina Burgerhout
Wiktor Suvander
Kerstin Edlund



Innehåll

1	SAMMANFATTNING OCH SLUTLIG BEDÖMNING.....	3
2	INLEDNING	6
2.1.	BAKGRUND, SYFTE OCH OMFATTNING	6
2.2.	REVISIONSFRÅGOR	6
2.3.	METOD OCH URVAL	7
2.3.1.	DOKUMENTGRANSKNING, INSAMLING AV STATISTIK	7
2.3.2.	INTERVJUER	7
2.4.	REVISIONSKRITERIER.....	8
2.5.	PROJEKTORGANISATION	8
3	STYRNING OCH LEDNING	8
3.1.	ÖVERGRIPANDE BAKGRUND	9
3.1.1.	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÖGONSJUKVÅRDEN GENERELLT I SVERIGE.....	9
3.2.	IAKTTAGELSER	10
3.2.1.	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA ATT UPPNÅ VÅRDGARANTIN	10
3.2.2.	STYRNING OCH LEDNING AV ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA.....	14
3.2.3.	MEDICINSKA STYRINSTRUMENT, VÅRDPLANER INKLUSIVE AKTUELLA INDIKATIONSGRÄNSER	16
3.2.4.	SYSTEM, HANTERING OCH UPPFÖLJNING AV LEDTIDER, PATIENTFLÖDEN OCH VÄNTETIDER 16	
3.3.	BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	19
3.3.1.	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA ATT UPPNÅ VÅRDGARANTIN	19
3.3.2.	STYRNING OCH LEDNING AV ÖGONSJUKVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA.....	19
3.3.3.	MEDICINSKA STYRINSTRUMENT, VÅRDPLANER INKLUSIVE AKTUELLA INDIKATIONSGRÄNSER	19
3.3.4.	SYSTEM, HANTERING OCH UPPFÖLJNING AV LEDTIDER, PATIENTFLÖDEN OCH VÄNTETIDER 20	
4	KOMPETENSFÖRSÖRJNING.....	21
4.1.	IAKTTAGELSER	21
4.1.1.	FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ADEKVAT BEMANNING PÅ KORT OCH LÅNG SIKT.....	21
4.1.2.	ÖGONSJUKVÅRDEN ARBETE MED TASK SHIFTING	23
4.2.	BEDÖMNING OCH SLUTSATSER.....	24
4.2.1.	FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ADEKVAT BEMANNING.....	24
4.2.2.	ÖGONSJUKVÅRDEN ARBETE MED TASK SHIFTING	25
5	SKÄLIGA VÄNTETIDER OCH PATIENTSÄKERHET	25
5.1.	IAKTTAGELSER	25
5.1.1.	REDOVISNING AV VÄNTETIDER	25
5.1.2.	PRIORITERINGAR MELLAN PATIENTGRUPPER OCH UN DANTRÄNGNINGSEFFEKTER	29
5.1.3.	SKÄLIGA VÄNTETIDER.....	29
5.2.	BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	31
5.2.1.	PRIORITERINGAR MELLAN PATIENTGRUPPER OCH UN DANTRÄNGNINGSEFFEKTER	31
5.2.2.	SKÄLIGA VÄNTETIDER.....	32
6	PATIENTFLÖDEN – KAPACITET OCH EFFEKTIVITET	32

6.1.	IAKTTAGELSER	32
6.1.1.	RUTINER OCH PROCESSER INOM LANDSTINGET DALARNAS ÖGONSJUKVÅRD	32
6.1.2.	FÖRDELNINGEN MELLAN EGEN VERKSAMHET OCH EXTERNA AKTÖRER.....	34
6.2.	BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	35
6.2.1.	RUTINER OCH PROCESSER INOM LANDSTINGET DALARNAS ÖGONSJUKVÅRD	35
6.2.2.	FÖRDELNINGEN MELLAN EGEN VERKSAMHET OCH EXTERNA AKTÖRER.....	36
7	REKOMMENDATIONER.....	37

1 Sammanfattning och slutlig bedömning

Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om arbetsorganisation samt använda rutiner/processer e t c stödjer ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde inom ögonsjukvården och skäliga väntetider för patienterna.

Vår övergripande bedömning är att Landstinget Dalarnas ögonsjukvård i stort har ett ändamålsenligt patientflöde. Verksamheten har stora svårigheter att rekrytera och bemanna verksamheten vilket lett till att väntetiderna inte är skäliga för patienterna. Verksamhetens arbetsorganisation bedöms stödja ett effektivt och ändamålsenligt patientflöde samtidigt som ett antal utvecklingsområden har observerats rörande verksamhetens rutiner och processer. Nedan anges de viktigaste bedömningarna och rekommendationerna per revisionsfråga. Se Kapitel 7 för samtliga rekommendationer.

Revisionsfrågor:

- 1. Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider e t c och används ändamålsenliga system för detta?**

Vi bedömer att verksamhets- samt hälso- och sjukvårdsledningen per idag inte fullt ut har kontroll på verksamheten avseende väntetider, patientflöden och ledtider. Antalet patienter på väntelistorna varierar och har på senare tid ökat. Verksamhetens ledning bedöms vara väl medveten om de utmaningar som verksamheten står inför men saknar tillräcklig produktionskapacitet för att kunna hantera den kontinuerliga ökningen av antalet patienter. Vidare bedömer vi att verksamheten är i behov av att enklare få tillgång till aggregerade data och analyskompetens för att säkerställa att verksamhetsbeslut fattas utifrån korrekt och fullständig information.

- **Vi rekommenderar att landstinget säkerställer att ögonkliniken får tillgång till aggregerade dataunderlag och analyskompetens**

- 2. Ges ögonsjukvården, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå vårdgarantin inom sitt verksamhetsområde?**

Vi bedömer att ögonsjukvården saknar förutsättningar att nå vårdgarantin på kort sikt givet verksamhetens resurser. Främst beror detta på bristen på kompetent personal inom ögonsjukvården. Verksamheten bedöms vara i behov av insatser för att öka kapaciteten och samtidigt fortsätta att arbeta med förbättringar av effektivitet och patientinflöde. Vår bedömning är att styrelsen har tagit ansvar för att underlätta för verksamheten.

Vi rekommenderar att ögonsjukvården ser över möjligheterna att öka kapaciteten samt arbetar för effektivare patientflöden.

- 3. Är väntetider till undersökning/diagnostisering, operation/behandling och efterkontroll för patienter skälig?**

Vi bedömer att den tidsmässiga prioritering som sker av patienter givet vårdbehov är skäligt givet nuvarande kapacitet. Samtidigt medför dessa prioriteringar att väntetiden för icke-prioriterade patienter förlängs utöver vad som kan anses som skälig väntetid för patienten.

Vi rekommenderar att ögonsjukvården ser över möjligheterna till effektivare patientflöden.

4. Är patientflödena (ledtiderna) vid ögonkliniken optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer e t c ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt, görs adekvata prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, är kapaciteten tillräcklig liksom, i förekommande fall, fördelning mellan köpta operationer och operationer i egen regi)?

Verksamhetens arbetsorganisation bedöms stödja ett optimalt patientflöde, samtidigt som ett antal utvecklingsområden har observerats rörande verksamhetens rutiner och processer.

- **Vi rekommenderar att ögonsjukvården arbetar för att optimera sina patientflöden, exempelvis i form av:**
 - Fortsatt pågående arbete avseende strukturerad genomgång av väntelistorna för att säkerställa medveten och god prioritering av patienter och patientgrupper baserat på medicinskt behov
 - Genomföra planerad nybyggnation av lokaler för makulaverksamheten för att därigenom öka kapaciteten för operationssalar samt möjliggöra för mer effektivt utnyttjande av andra resurser, främst personal
 - Se över möjligheten av att samla ihop och vid samma tillfälle bedöma patienter som sannolikt innefattas av samma patientgrupp, för att därigenom åstadkomma mer effektiva processer

5. Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde?

Vi bedömer att ett ändamålsenligt, men ej strukturerat och systematiskt, arbete med att optimera patientflöden och undanröja hinder för ett effektivt flöde sker inom landstingets ögonsjukvård.

- **Vi rekommenderar att verksamheten ser över möjligheterna till att inför ett än mer strukturerat och systematiskt förbättringsarbete.**

6. Är tillämpade indikationsgränser e t c adekvata?

Vi bedömer att tillämpade indikationsgränser och rutiner för remittering överlag är adekvata och i linje med jämförbara ögonsjukvårdsverksamheter i Sverige, dock finns viss utvecklingspotential.

- **Vi rekommenderar att verksamheten löpande reviderar medicinska styrdokument, exempelvis vårdplaner.**

7. Hur ser möjligheterna ut att bemanna verksamheten med adekvat kompetens och i vilken mån arbetar verksamheten med s k ”task shifting” (där så är möjligt)?

Vi bedömer att verksamhetens möjligheter att bemanna verksamheten med adekvat kompetens är begränsade givet bristen på kompetent personal inom ögonsjukvården. Verksamheten

bedöms i hög grad arbeta med så kallad task shifting, än mer bedöms kunna göras inom området.

- **Vi rekommenderar att verksamheten vidareutvecklar delegering av arbetsuppgifter genom task shifting där detta vid utvärdering visar sig vara effektivt.**

8. Hur ser den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen ut, d v s är verksamheten bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt?

Vi bedömer att verksamheten i dagsläget inte är bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt för att kunna hantera nuvarande och framtida personalbehov.

- **Vi rekommenderar att verksamheten formaliserar och löpande följer upp den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen.**

9. Hur många patienter har under de senaste tre åren samt det första halvåret 2017 skickats till andra län för undersökning och/eller behandling, antingen på grund av vårdgarantin eller planerade samarbeten?

Vi bedömer att den vård som har köpts externt har minskat under senare år. Vår bedömning är också att det är väsentligt att verksamheten i möjligaste mån sker i egen regi för att skapa en trygg bas för utbildning och fortbildning.

- **Vi rekommenderar att verksamheten har en beredskap att köpa in ytterligare operationer från extern leverantör för att därigenom frigöra intern kapacitet.**

10. Uppstår undanträngningseffekter på grund av att vissa diagnoser och/eller behandlingar ökar/har ökat i omfattning?

Vi bedömer att undanträngningseffekter uppstår till följd av de växande patientgrupperna som tidsmässigt behöver prioriteras och därmed tränger ut lägre prioriterade patientgrupper.

- **Vi rekommenderar att ögonsjukvården fortsätter det pågående arbetet avseende strukturerad och samlad genomgång av väntelistorna.**

11. Hur ser processen ut kring verksamhetsplanering och förändrade uppdrag i förhållande till den budget verksamheten får?

Vi bedömer att verksamhetens verksamhetsplanering kan utvecklas med avseende på kopplingen mellan budget och ett kvantifierat uppdrag. Detta inkluderar en mer strukturerad och kvantifierad planeringsprocess.

- **Vi rekommenderar att verksamhetens planeringsprocess utvecklas till att inkludera produktions- och kapacitetsplanering som ett planerings- och uppföljningsinstrument.**

2 Inledning

2.1. Bakgrund, syfte och omfattning

Ögonsjukvården omfattar undersökning och behandling av ett stort antal olika sjukdomstillstånd kopplade till ögat. Bland de sjukdomstillstånd som behandlas ingår bl a volymmässigt stora patientgrupper som t ex patienter med katarakt (grå starr) som framgångsrikt kan behandlas genom en operation som därför blivit mycket vanlig. I Dalarna genomförs ca 3 800 kataraktoperationer per år varav ca 1 500 utförs av upphandlade externa operatörer. En annan och under senare år starkt växande patientgrupp är de med makuladegeneration (åldersförändringar av gula fläcken) m fl sjukdomar som t ex diabetesmakulopati som efter utvecklingen av nya behandlingsmetoder numera också kan erbjudas en framgångsrik behandling. Denna behandling är i sig jämförelsevis enkel men kräver regelbundna täta återbesök och behandlingar under flera år vilket påverkar kapaciteten i ögonsjukvården.

Den succesivt kraftiga ökningen av behandling av patienter med makulasvullnad i kombination med de problem som finns med rekrytering av kvalificerad personal inom stora delar av vården, inklusive ögonsjukvården, får till konsekvens att andra patientgrupper får långa väntetider.

Mot bakgrund av utvecklingen inom ögonsjukvården och de utmaningar denna skapar för organisationen avser denna granskning att fokusera på effektiviteten i ögonsjukvården med utgångspunkt i klinikens flöden av patienter och användning av tillgänglig personal.

Ett fokus idag vad avser effektivitet i organisationen är ett fungerande patientflöde med korta ledtider. Med ledtider avses den tid som förflyter från det beslut fattas om en åtgärd till dess att den är utförd. Korta ledtider anses gynna kvalitet, patientsäkerhet, ekonomi och arbetsglädje.

2.2. Revisionsfrågor

Förutom vad som angetts i stycke 2.1 ovan har nedanstående frågeställningar belysts:

1. Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider e t c och används ändamålsenliga system för detta?
2. Ges ögonsjukvården, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå vårdgarantin inom sitt verksamhetsområde?
3. Är väntetider till undersökning/diagnostisering, operation/behandling och efterkontroll för patienter skälig?
4. Är patientflödena (ledtiderna) vid ögonkliniken optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer e t c ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt, görs adekvata prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, är kapaciteten tillräcklig liksom, i förekommande fall, fördelning mellan köpta operationer och operationer i egen regi)?

5. Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde?
6. Är tillämpade indikationsgränser e t c adekvata?

Helseplan har även specifikt granskat följande frågeställningar:

7. Hur ser möjligheterna ut att bemanna verksamheten med adekvat kompetens och i vilken mån arbetar verksamheten med s k ”task shifting” (där så är möjligt)?
8. Hur ser den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen ut, d v s är verksamheten bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt?
9. Hur många patienter har under de senaste tre åren samt det första halvåret 2017 skickats till andra län för undersökning och/eller behandling, antingen på grund av vårdgarantin eller planerade samarbeten?
10. Uppstår undanträngningseffekter på grund av att vissa diagnoser och/eller behandlingar ökar/har ökat i omfattning?
11. Hur ser processen ut kring verksamhetsplanering och förändrade uppdrag i förhållande till den budget verksamheten får?

2.3. Metod och urval

Revisionen genomfördes augusti till november 2017. Dokumentgranskning, intervjuer och statistikgranskning genomfördes under september till oktober 2017.

2.3.1. Dokumentgranskning, insamling av statistik

Helseplan har tagit del av relevanta mål- och styrdokument, vilket bl a inkluderar rutiner, riktlinjer och processbeskrivningar som berör ögonsjukvården. Dokument som beskriver organisation, reglementen och arbets- eller uppgiftsfördelning har också granskats.

Relevant statistik, d v s statistik med särskilt fokus på ledtider, tillgänglighet och väntetider, samt Nysamrapporter för ögonsjukvård har inhämtats och granskats för att bidra till en bild av hur ögonsjukvården har förändrats över tid samt hur förhållandet mellan egenproducerad och köpt vård ser/har sett ut samt vilka eventuella undanträngningseffekter som uppstår. Vi har granskat statistik från perioden september 2016 till september 2017 och där så varit lämpligt gjort jämförelser med tidigare perioder eller från längre tidsintervall.

2.3.2. Intervjuer

Semistrukturerade djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt har 14 intervjuer genomförts. De har genomförts med respondenter i olika funktioner och på skilda nivåer i verksamheterna. Intervju med extern samarbetspartner/privat vårdgivare, Capio, har också genomförts. Capio är upphandlad privat leverantör för kataraktoperationer inom Landstinget Dalarna. Intervjuerna har genomförts genom fysiska besök, via telefon och e-post. Förteckning över intervjuade personer finns i bilaga 1.

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningskriterier som utgör grunden för revisionens analyser och slutsatser. Revisionskriterierna i detta uppdrag är bl a:

- Hälsa- och sjukvårdslag, 2017:30
- Patientsäkerhetslag, 2010:659
- Patientlag, 2014:821
- Struktur- och förändringsplanen 2016 - 2019 Vägen till ett välvårdat Dalarna, samt övriga relevanta budgetdokument och liknande

Övriga dokument som studerats är bl a:

- Data från kvalitetsregister t ex makularegistret och kataraktregistret
- Vårdprogram/rekommenderade processer för ögonsjukdomar – eller andra dokument där t ex rekommenderade indikationsgränser finns
- Kriterier för remissbedömning
- Nysamrapport för ögonsjukvård för aktuell information om behandlingspraxis och aktivitets-, resurs- och effektivitetsdata samt för analys av utveckling över tid
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val
- Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOFS 2011:9)

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s riktlinjer för god revisionsred.

2.5. Projektorganisation

Projektledare från revisionskontoret var yrkesrevisor Kjell Johansson. Från Helseplan var Tina Burgerhout projektledare och Wiktor Suvander konsult. Ögonläkare Kerstin Edlund har varit expert och faktagranskare. Niklas Källberg var internt kvalitetsansvarig på Helseplan. Rapporten har sakgranskats av Åke Fridman, verksamhetschef på ögonkliniken, Landstinget Dalarna.

3 Styrning och ledning

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 1. "Har verksamhetsledning/hälso- och sjukvårdsledningen kontroll på väntetider, patientflöden, ledtider e t c och används ändamålsenliga system för detta?", 2. "Ges ögonsjukvården, genom styrelsens styrning och ledning, de förutsättningar som krävs för att uppnå vårdgarantin inom sitt verksamhetsområde?", 6. "Är tillämpliga indikationsgränser e t c adekvata?" och 11. "Hur ser processen ut kring verksamhetsplanering och förändrade uppdrag i förhållande till den budget verksamheten får?"

3.1. Övergripande bakgrund

3.1.1. Förutsättningar för ögonsjukvården generellt i Sverige

Ögonsjukvården har sedan 1980-talet genomgått en revolutionerande utveckling både nationellt och internationellt. Möjligheten att operera katarakt (grå starr) med intraokulära linser gjorde det möjligt att operera sjukdomen innan patienten saknade användbar syn, d v s nästan saknade ledsyn, på båda ögonen. Omställningen till denna operationsmetod innebar att ögonsjukvården inom några år ökade antalet kataraktoperationer tiofalt på alla Sveriges ögonkliniker, vilket enbart delvis kompensades med tillförda resurser. Vare sig ekonomiska eller personella resurser (inom alla yrkeskategorier) ökades i tillräcklig mängd. Det innebar att ögonsjukvården mycket tidigt arbetade med rationaliseringsprocesser inom och benchmarking mellan kliniker för att lösa den tuffa uppgiften att tillgodose befolkningens behov av ögonsjukvård. Utvecklingen inom kataraktkirurgin skedde parallellt med framstegen inom laserbehandling för att behandla diabetesförändringar i ögonbotten, vilka tidigare utan behandling ledde till blindhet.

Redan då utsattes övrig ögonsjukvård för undanträngningseffekter. Det gäller t ex behandling av glaukom (grön starr), inflammatoriska tillstånd i ögonen och synbefrämjande behandling hos barn vilka obehandlade leder till irreparabla skador på synen eller blindhet. Vården inom dessa delar såg under denna period också framsteg genom läkemedelsbehandling och operation.

Den stora grupp patienter som inte kunde erbjudas någon typ av behandling var fram till slutet av 1900-talet patienter med åldersförändringar i gula fläcken, så kallad makuladegeneration. När makuladegeneration konstaterats kunde inte patienterna behandlas och följaktligen behövde de inte följas inom ögonsjukvården utan hänvisades till syncentralen. Utvecklingen av olika behandlingsmetoder, både i form av läkemedel och operation, tog fart under 2000-talet och ledde till att ögonsjukvården skulle ta hand om en stor patientgrupp som tidigare inte diagnosticerats i detalj och inte behandlats inom ögonsjukvården. För patienter som drabbas av makuladegeneration är en snabb bedömning och behandling av vikt då sjukdomens framfart inte går att återkalla. Utan behandling brukar dessa tillstånd resultera i mycket dålig synskärpa med förlust av körkortssyn och lässyn samt med svårigheter att arbeta respektive klara dagliga aktiviteter själv. Som för flera andra sjukdomar är inte symptomen specifika för makuladegeneration utan kan likna dem som syns vid andra sjukdomar i gula fläcken. Detta medför att inflödet av patienter som måste undersökas inom en kort tidsrymd ökar för att hitta dem som ska behandlas i tid, något som kräver stora personella resurser. Behandlingen är också i fortsättningen personalkrävande p g a att det krävs upprepade undersökningar, kontroller och behandling som går ut på att ett godkänt läkemedel injiceras direkt i ögats glaskropp (så kallade intravitrealinjektioner). Detta behöver ske månatligen eller glesare delvis beroende på val av läkemedel som ingår i vården (och behandlingsstrategi) av den våta formen av åldersbetingade förändringar i gula fläcken (våt AMD¹). Detta innebär att ett stort antal kontrollbesök och

¹ Våt AMD (Age-Related Macular Degeneration) är en ögonsjukdom som drabbar gula fläcken, dvs det område mitt i ögats näthinna där du ser som skarpast och påverkar det centrala seendet, S:t Eriks ögonsjukhus,

operationstillfällen har tillkommit och fortsätter att öka. Denna patientgrupp kunde överhuvudtaget inte behandlas för tio år sedan.

Sedan ett par år tillbaka har ytterligare diagnoser tillkommit där behandlingsmetoder har utvecklats: diabetesmakulopati (DME, svullnad i gula fläcken orsakad av diabetes mellitus) och retinala venoklusioner (RVO, ocklusion av näthinnans venösa blodkärl). Även för dessa grupper leder behandlingen till att färre patienter får bestående grava synskador.

Inom alla diagnosgrupper som får injektionsbehandling syns ett ständigt ökande behov av behandling med injektioner och kontroller och ingen vet ännu hur stort behovet egentligen kommer att bli. Hittills ser ögonsjukvården att det inte säkert går att avsluta behandlingen, med vissa undantag. För majoriteten av patienterna blir kontrollerna och injektionsbehandlingen livslång. I diskussionen om ökade läkemedelskostnader saknas oftast de omfattande kontrollerna som måste inkluderas, liksom kostnaderna för personal och utrustning.

De sjukdomar som behandlas med intravitreal injektioner är att betrakta som folksjukdomar. Makuladegeneration samt RVO drabbar främst äldre patienter medan DME även drabbar yngre. Det är vanligt att båda ögonen drabbas hos samma person. Behandlingen med injektioner är sällan botande utan måste fortsätta över lång tid med behov av fortlöpande kontroller och nya injektioner. Detta gör att antalet patienter som behöver denna behandling ständigt ökar, vilket ställer höga krav på klinikens förmåga att ta hand om allt fler patienter med dessa sjukdomar.

Patientgruppen med katarakt är ofta i fokus på ögonsjukvården då kataraktkirurgi leder till snabbt och positivt resultat för majoriteten av patienterna. Samtidigt är katarakt en av få ögonsjukdomar där en länge väntetid i de flesta fall inte gör någon skillnad ur medicinsk synpunkt, även om väntetiden kan medföra besvär för patienten. Det finns flera stora patientgrupper som bör prioriteras medicinskt högre än katarakt, till exempel makuladegenerationer, glaukom, barn och skelningspatienter samt screening, utredning och behandling av patienter med ögonförändringar till följd av diabetes. Den prioritering sker i enlighet med prioriteringslistan som omnämns i avsnitt 3.2.1.

3.2. Iakttagelser

3.2.1. Förutsättningar för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna att uppnå vårdgarantin

Vårdgarantin innebär att patienten ska få vård inom en viss tid. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats. Den nuvarande vårdgarantin är en del av hälso- och sjukvårdslagen 2010 och sedan den 1 januari 2015 är vårdgarantin en del av patientlagen. När beslut om vård har fattats ska den erbjudas

<http://www.sankterik.se/sv/sjukdomar-och-besvar/ogonsjukdomar/aldersforandringar-i-gula-flacken-amd/>.
Informationen är hämtad 2017-11-06

inom vårdgarantins tidsgränser. Akut vård berörs inte av vårdgarantin. Om patienten blir akut sjuk eller skadad ska vård ges så snart som möjligt.²

Ögonsjukvården i Landstinget Dalarna hade under 2016 totalt 55 031 besök och 10 175 operationstillfällen (öppen- och slutenvård). Ca 9,5 procent av landstingets befolkning hade under 2016 kontakt med ögonsjukvården, med i snitt 2 besök per patient. Drygt 50 procent av besöken utfördes av läkare, resterande av andra yrkesgrupper såsom ortoptister (som undersöker och behandlar exempelvis skelning), sjuksköterskor och optiker (Nysam ögonrapport 2016).

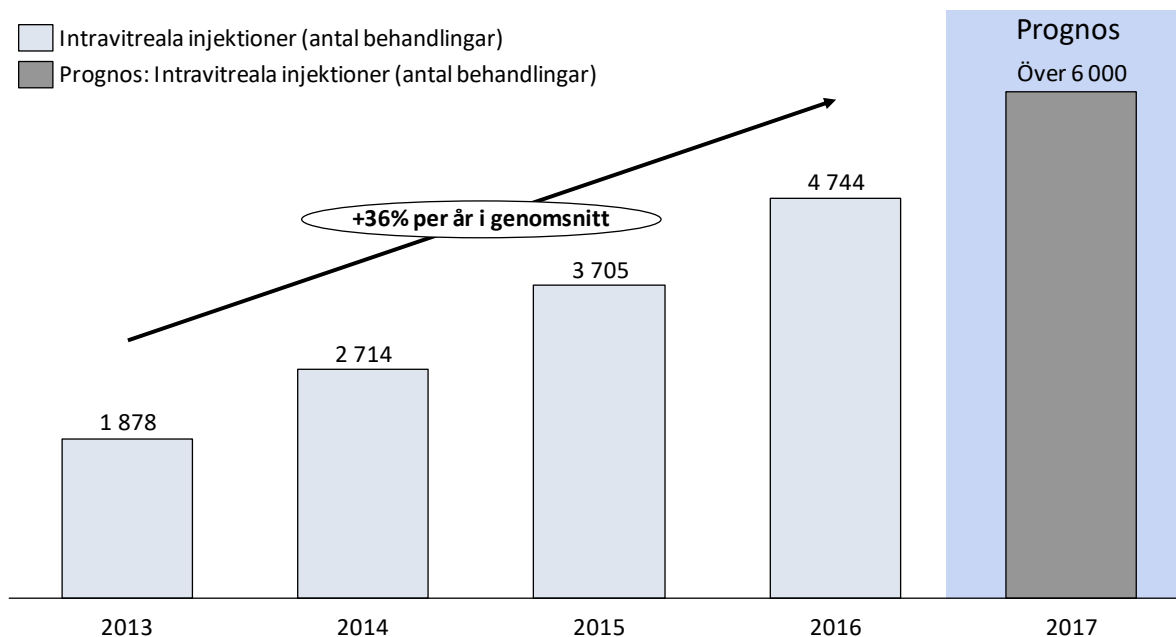
Som nämnts i 3.1.1. har nya behandlingsmöjligheter i flera omgångar ökat det åtagande som ögonsjukvården har gentemot befolkningen. Det sjukdomstillstånd som just nu ökar belastningen för ögonsjukvården mest är patientgruppen med makuladegeneration. Behandlingen mot sjukdomen som sker genom injektioner i ögat har gett denna grupp patienter, som framförallt är äldre även om en del är i yrkesverksam ålder, möjlighet att behålla synen vid regelbunden behandling. Ögonsjukvården har i och med detta fått ett omfattande nytt uppdrag att behandla en patientgrupp som tidigare inte alls kunde hjälpas i sjukvården. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har vid godkännandet av de två läkemedlen som finns för intravitreal injektioner bedömt att behandlingen är ekonomiskt väl försvarbar trots den för hälso- och sjukvården höga kostnaden. De första behandlingarna mot ögonsjukdomar med makulasvullnad (AMD) inleddes under 2007 i Sverige (Makularegistret kvartalsrapport Dalarna, 2017-10-01).

Antalet patienter som behöver behandling med intraokulära injektioner ökar fortfarande, vilket ställer höga krav på klinikens förmåga att ta hand om allt fler patienter varje år. Inom ögonsjukvården i Landstinget Dalarna har utvecklingen bland annat resulterat i att ett specifikt team med ansvar för makulaverksamheten har tillsatts. Ögonkliniken i Falun beräknas under 2017 genomföra över 6 000 behandlingar vilket kan jämföras med ca 3 700 år 2015, se figur 1.

Utmaningen för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna, liksom för övriga ögonsjukvårdsverksamheter i Sverige, är att balansera denna växande del av vården mot behovet inom övriga delar av ögonsjukvården. Detta sker genom effektivisering av patientflöden och genom hårdare prioritering. Det finns sedan början av 2000-talet en överenskommen prioriteringslista³ inom ögonsjukvården i Sverige som både verksamhetschefer och Sveriges ögonläkarförening står bakom. Den bygger på Prioriteringsutredningens slutbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5), regeringens proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* och riksdagens beslut i april 1997 om den etiska plattformen och prioriteringsgrupper samt även s k angelägenhetsgrad. Denna lista gäller inte för enskilda patienter utan ger ledning i hur kliniken prioriterar mellan olika sjukdomsgrupper på kliniknivå. Vård som inte kan vänta utan att ge permanenta skador behandlas före vård som kan anstå utan att på lång sikt ge men för patienten.

² Väntetider i vården, <http://www.vantetider.se/veta-mer/varldgaranti/>, informationen är hämtad 2017-10-23

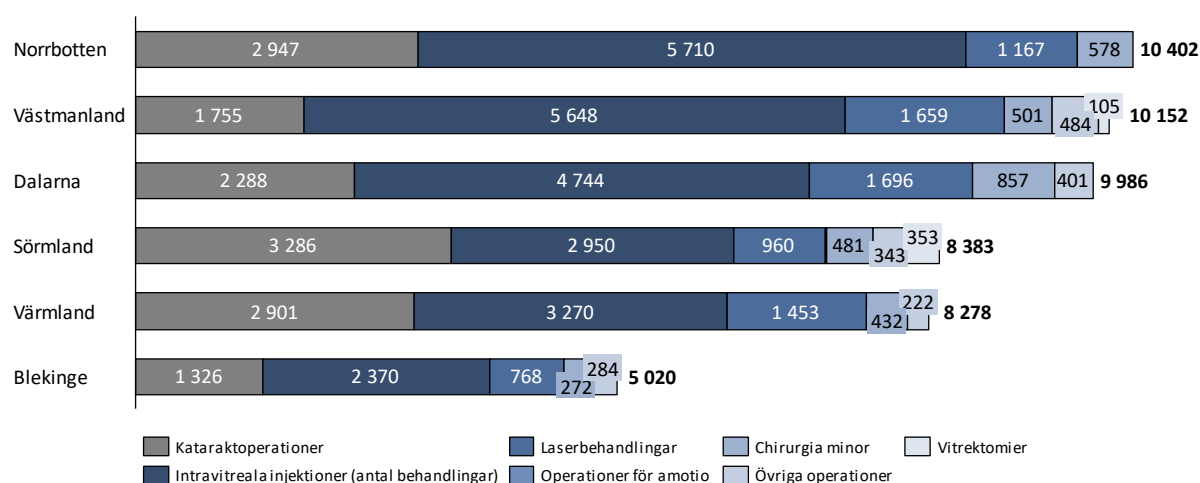
³ <https://swedeve.org/foreningen/prioriteringslista/>, informationen är hämtad 2017-11-06



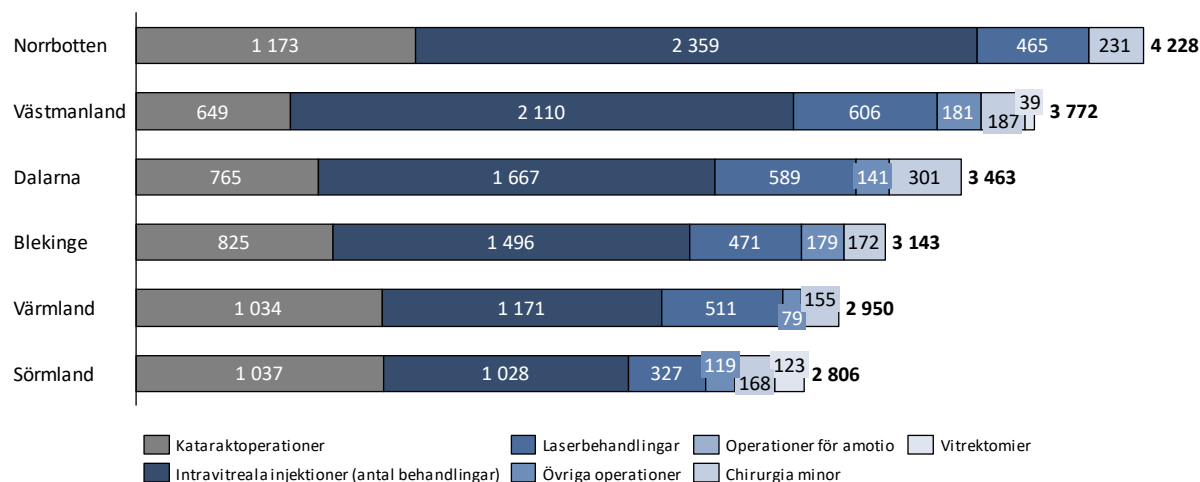
Figur 1: Antal intravitrealinjektioner (antal behandlingar) 2013-2016. Källa: Nysam 2013-2016 samt verksamhetens prognos för 2017.

Analys av tillgänglig data i nyckeltalssamarbetet Nysam visar att Landstinget Dalarna överlag har liknande förutsättningar som övriga länskliniker. I figur 2 respektive 3 nedan synliggörs att landstingets vårdproduktion inom ögonsjukvården är jämförbar med övriga länskliniker, både med avseende på absolut vårdproduktion liksom produktion per 100 000 invånare.

Landstinget Dalarna köper i tillägg till den egenproducerade vården in ca 1 500 kataraktoperationer per år. Detta sker huvudsakligen genom avtal med en privat leverantör men även genom att patienter blir hänvisade till andra kliniker i Sverige för vård inom vårdgarantin.

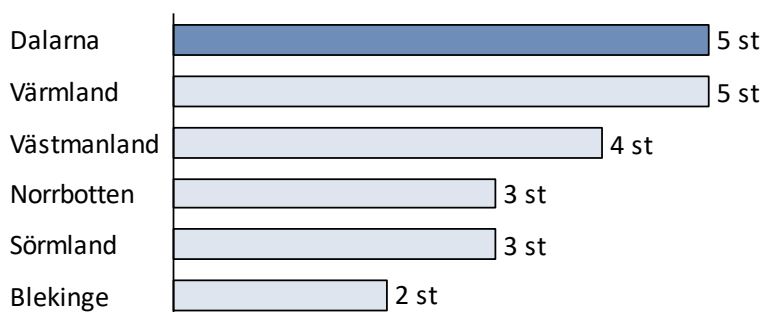


Figur 2: Antal operationer och behandlingar som utförs i egen regi uppdelat i kategorier (absoluta tal), länskliniker, 2016. Varje stapel visar totalt antal ingrepp fördelat mellan de olika typerna av ingrepp. Källa: Nysam 2016.

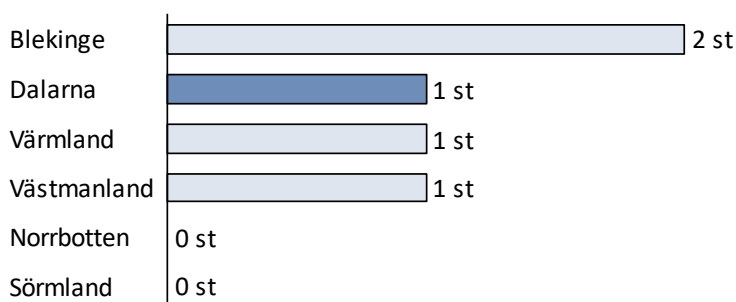


Figur 3: Antal operationer och behandlingar i egen regi uppdelat i kategorier per 100 000 invånare i det primära upptagningsområdet, länskliniker, 2016. Varje stapel visar antal operationer procentuellt fördelat per 100 000 invånare samt också det absoluta antalet operationer per 100 000 invånare. Källa: Nysam 2016.

I figur fyra och fem nedan redovisas antal utbudsställen (d v s mottagningar) samt antal vårdplatser för samtliga länskliniker som deltar i Nysam. Även här är det möjligt att konstatera att Landstinget Dalarna är jämförbart med övriga landsting, även om Landstinget Dalarna tillsammans med Landstinget i Värmland har högst antal utbudspunkter (fem stycken).

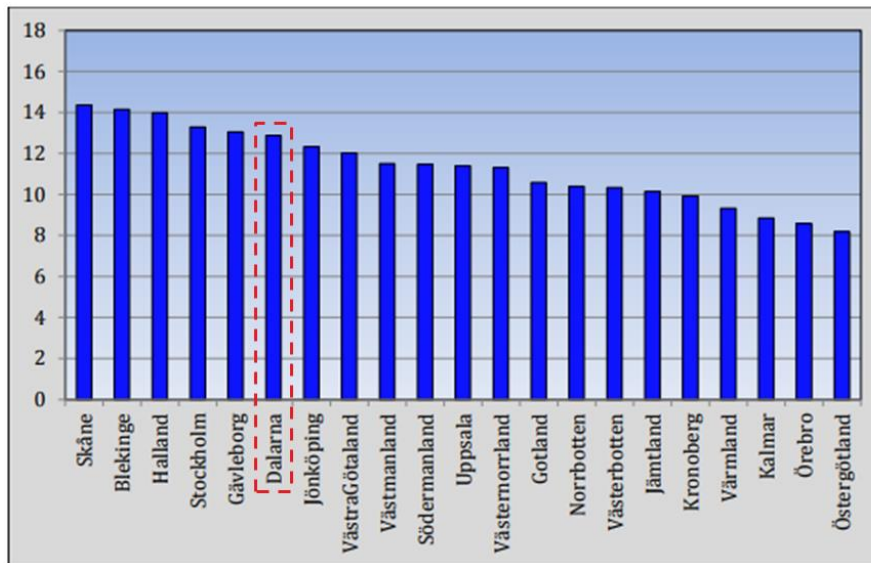


Figur 4: Antal geografiska enheter per länsklinik 2016. Källa: Nysam 2016



Figur 5: Antal vårdplatser per länsklinik 2016. Källa: Nysam 2016.

Som syns i figur 6 nedan så tillhör Landstinget Dalarna ett av de landsting som utförde flest kataraktoperationer per 1 000 invånare under 2016. Siffrorna är åldersjusterade med riket som standard, vilket ökar jämförbarheten mellan landstingen. Enligt de PM och vårdprogram i Landstinget Dalarna som vi tagit del av ligger de indikationer inom Landstinget Dalarna som används för beslut om kataraktoperation på en nivå som förekommer inom flera landsting som har en lägre operationsfrekvens relativt invånarna. Indikationsgränsen innebär att det krävs en viss försämring av synskärpan för att bli aktuell för en kataraktoperation i landstingets regi. Flera av de landsting som har fler operationer per invånare har mer generösa kriterier och opererar därmed även patienter vars syn ännu inte försämrats lika mycket.



Figur 6: Antal kataraktoperationer per 1 000 invånare per landsting 2016. Diagrammet är åldersjusterat med riket som standard. Rikets siffra är 12,01 operationer per 1000 invånare. Källa: Svensk kataraktkirurgi 2016.

3.2.2. Styrning och ledning av ögonsjukvården i Landstinget Dalarna

De politiska beslut som ligger till grund för ögonsjukvårdens praktiska och ekonomiska ram i Landstinget Dalarna är i huvudsak landstingsplan och budget. Fullmäktige beslutar även om utbudsställen, d v s var mottagningarna ska vara lokaliserade.

Den övergripande politiskt framtagna landstingsplanen bryts sedan några år tillbaka ner i verksamhetsplaner på kliniknivå. Detta arbete har kommit olika långt inom olika verksamheter. I verksamhetsplanen för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna 2017, under rubriken uppdragsbeskrivning, framgår att ögonsjukvården i Landstinget Dalarna tolkat sitt uppdrag på följande sätt (sida ett):

- "Ögonsjukvården Dalarna ska bedriva ögonsjukvård med god tillgänglighet för de patienter vars sjukdom kräver ögonspecialitetens resurser.
- Medverka till en långsiktig hållbar ekonomi för att klara framtidens medicinska och tekniska utveckling.

- *Bemanna organisationen med egen personal, minimera behovet av inhyrd personal.*
- *Öka produktionen och produktiviteten, för att minimera externa vårdköp.”*

(Helseplans punktindelning)

Inför 2018 års verksamhetsplan ska det enligt intervju med divisionschefen för division kirurgi även inkluderas mer kvantitativ information såsom antal operationer, besök o s v som komplement till de beskrivande/kvalitativa delarna av uppdraget.

Verksamhetsplanen för 2017 är även kopplad till budgeten. I verksamhetsplanen formuleras det övergripande målet så här (sida tre):

”Tillsammans ska vi, inom tillgänglig ekonomisk ram, erbjuda trygg och säker vård i rätt tid på rätt plats och vi blir ständigt bättre.”

Budgeteringsarbetet har historiskt sett baserats på en procentuell uppräkningsfrån föregående år samt innehållit krav på visst effektiviserings-/förbättringsarbete. I intervjuer framkommer att det genom ökad dialog med politiker och centrala tjänstemän nu har blivit lättare att få gehör för de behov de ökade behandlingsmöjligheterna inom ögonspecialiteten har lett till. Detta exemplifieras i intervjuer med att de nyrekryteringar som enligt landstingets policy måste överprövas, i de flesta fall godkänns.

Verksamhetschefen har mandat att fördela budgeten för ögonsjukvården med vissa undantag. Budgeterade medel och tillgängliga resurser kan därmed fördelas mellan olika verksamheter och patientgrupper genom beslut från verksamhetschefen. Detta har enligt intervjuer gjorts under 2017 genom att bemanningen av operationsverksamheten prioriterats högre i syfte att uppnå målet om en operationsenhet i full drift. Exempelvis har en mottagningsenhet lånat ut en sjuksköterska till operationsenheten, enligt intervjuer. Verksamhetschefen har också mandat att lägga ut viss del av verksamheten på extern utförare. Detta har skett genom att den privata aktören Capio genom upphandling fått uppdraget att utföra ett visst antal kataraktoperationer per år. Dessa utförs genom att landstingets lokaler och utrustning nyttjas under helger. Enligt intervjuer och verksamhetsplanen är målet på sikt att ögonsjukvården själv ska klara sitt operationsåtagande i egen regi.

En tydlig begränsning i verksamhetschefens beslutsmandat är att de utbudsställen som finns inom landstinget endast kan ändras genom politiska beslut. Trots detta har mottagningen i Avesta inte kunnat hållas öppen sedan våren 2017. Detta berodde på att mottagningen inte gick att bemanna efter pensionsavgång. De patienter som tidigare gått på mottagningen i Avesta hänvisas därför nu till Falun.

Vidare utgör lättillgänglig statistik och underlag en förutsättning för välinformerade beslut och därmed god styrning och ledning. Vid förfrågningar om statistik och underlag för att kunna genomföra denna revision har de datafiler som Helseplan mottagit haft en

svårhanterad/tidskrävande struktur. Eftersökt information finns i underlagen, men underlagen är svårhanterade/tidskrävande. Enligt verksamhetschefen har landstingets ögonsjukvård inte tillgång till någon analys- eller controllerfunktion för att hämta ut och bearbeta verksamhetsstatistik. Därför är det klinikens chefer, vårdpersonal eller sekreterare som utför dessa uppgifter.

3.2.3. Medicinska styrinstrument, vårdplaner inklusive aktuella indikationsgränser

Den medicinska styrningen av ögonsjukvården i Landstinget Dalarna sker bl a genom skriftliga dokument såsom vårdprogram och riktlinjer för remissbedömning. I dessa framgår bl a de indikationsgränser som gäller för att vidta vissa åtgärder. T ex finns här angivet vilken gräns vad avser synskärpa som gäller för att bli aktuell för en kataraktoperation. I verksamhetsplanen för 2017 framgår målet att samtliga vårdplaner ska uppdateras under året. Vid genomgång av ett större antal vårdplaner i samband med denna granskning kunde konstateras att de flesta inte uppdaterats under 2017 utan var upp till cirka 10 år gamla. Vårdplanen för glaukompatienter var relativt nyligen reviderat under 2016. Utifrån dateringen på de granskade vårdplanerna kunde inget tydligt mönster vad avser intervall för revidering uttydas. Det framgår inte heller på vårdplanerna när de ska revideras.

Det finns också ett dokument som samlar information om hur remisser ska bedömas. Detta är ett medicinskt prioriteringsinstrument som är avsett att fungera vägledande för den personal som gör bedömning av remisser. Detta dokument är reviderat för mindre än ett år sedan.

3.2.4. System, hantering och uppföljning av ledtider, patientflöden och väntetider

Ledtider och patientflöden:

Ögonsjukvården innehåller såväl avgränsade vårdepisoder, exempelvis kataraktoperation, som återkommande åtgärder, återbesök och kontroller vid kroniska ögonsjukdomar. Den senare gruppen patienter står för merparten av besöken på mottagningen. Endast delar av verksamheten kan därmed beskrivas i termer av ledtider eftersom detta begrepp förutsätter en mer avgränsad episod med en tydlig slutpunkt. Begreppet patientflöden är vidare och kan sägas inkludera samtliga patientgrupper. Samtidigt är begreppet inte entydigt definierat.

System för hantering av väntetider:

Begreppet väntetider finns definierat i Socialstyrelsens termbank⁴ som:

- väntetid till första vårdkontakt: Tid som patienten väntar från beslutad vårdbegäran till dess att första vårdkontakt sker;

⁴ <http://termbank.socialstyrelsen.se/>, senast besökt den 25 oktober 2017

- väntetid till behandling: Tid som patienten väntar från beslut om behandling till dess att behandlingen påbörjas

Väntelistorna inom ögonsjukvården hanterar även patienter med kroniska tillstånd eller sjukdomar som inte i rätt tid får tillgång till den vård som planerats. De väntetidsbegrepp som Socialstyrelsen har definierat innefattar inte sådana väntetider. Inom ögonsjukvården är det mycket viktigt att patienter med kroniska sjukdomar kontrolleras inom det tidsintervall som medicinskt anses säkert och att dessa tidsintervall inte förlängs oskäligt.

Enligt intervjuer hanteras väntetiderna inom ögonsjukvården normalt separat för respektive mottagning. Det innebär att det finns sex separata väntelistor för ögonsjukvården. Från och med april 2017 hanteras väntelistorna för Avesta inom ramen för mottagningen i Falun. Väntelistan för respektive enhet mottagning innehåller de patienter som ska hanteras på respektive mottagning. Eftersom resurser och kompetens inte är desamma på alla mottagningar kan inte patienter med lätthet överföras mellan de olika mottagningarna. Det innebär att samtliga patienter som bedöms behöva resurserna som finns i Falun, och därmed remitteras dit, hamnar på Faluns väntelista oavsett var i länet hen bor.

Vissa verksamheter, exempelvis operation, förekommer endast på ögonklinikens verksamhet i Falun. För denna verksamhet finns därför bara en kölista. Denna består av patienter som är färdigbedömda för operation. Detta sker genom att patienten har träffat en ögonläkare, antingen den som ska utföra operationen eller någon annan ögonläkare. Vissa patienter har blivit bedömda av erfarna ögonsjuksköterskor, och andra patienter har kommit till kliniken via remisser från primärvård eller från privata optiker som bedöms kunna tas direkt till operation utan föregående ögonläkarbesök. Exempel kan vara vissa ögonlocksåkommor samt patient som tidigare opererat katarakt på ett öga och nu är aktuell för operation av andra ögat. Jämfört med andra specialiteter är remissinflödet till just ögonsjukvård generellt högt vilket innebär att en effektiv remisshantering är nödvändig för denna verksamhet. Det innebär också att hanteringen av remisser tar kvalificerade resurser i anspråk. Ögonsjukvården i Dalarna hade totalt 16 568 inkommande remisser under 2016 (Nysam 2016). Detta är en indikation på det inflöde av nya patienter som ögonsjukvården har, samtidigt som vi konstaterar att många av patienternas besvär är av kronisk karaktär. Genom att fler patienter tillkommer än det antal som kan avslutas blir belastningen till ögonsjukvården ökande.

Med start tidig höst 2017 har verksamhetschefen för ögonsjukvården i landstinget samlat alla väntelistor för att ta ett gemensamt grepp med att gå igenom, värdera och prioritera insatserna. Orsaken uppges vara att väntetiderna ökat kraftigt under året, främst till sjuksköterskor i tillägg till den successiva ökningen av väntetider till läkarbesök under senare år. Arbetet med väntelistorna innebär enligt uppgift en genomgång av listorna för respektive mottagning för att säkerställa att resurserna riktas dit de behövs som mest och undvika onödiga besök. Samtidigt görs en insats för att få upp bemanning och produktion på både operation och mottagning.

Ett exempel på insatser som kan genomföras och vilka effekter detta kan ge kan hämtas från ögonlockskirurgin. Genom fokuserade åtgärder har väntetiderna till sådana operationer minskat kraftigt från att ha varit mycket långa (mer än 15 månader) i början av året till att i slutet av oktober 2017 vara nere i sex månader från beslut om ingrepp tills ingreppet utförs.

I vårdplaneringen för varje patient läggs sedan lång tid en särskild markering för patienter som bedöms inte kunna vänta efter medicinskt måldatum, vilket är det planerade datumet för ett planerat besök eller ingrepp. Denna markering är till för att säkerställa att patienter med prioriterade behov inte likställs med andra patienter vid genomgång och hantering av väntelistan. Sådan så kallad viktig-markering ger en signal till den som planerar in mottagningar och operationer att det kan krävas särskilda åtgärder, exempelvis en riktad mottagning, för att dessa patienter inte ska få vänta för länge. För 2017 har ett specifikt mål satts upp i verksamhetsplanen för att viktig-markerade patienter ska få komma på avsedd tid, dvs inte stå kvar på väntelistan efter måldatum. Målet i verksamhetsplanen är formulerat så här:

Återbesök

Förbättrad väntelistehantering	Mått: antal viktigmarkerade som inte kommer in i rätt tid + 30 dagar	Mål: alla viktiga kommer i tid
--------------------------------	--	--------------------------------

Tabell 1: Mål i verksamhetsplanen rörande viktigmarkering. Källa: Verksamhetsplan, 2017

Det finns enligt intervjuer ingen strukturerad uppföljning av om detta mål har uppfyllts.

När en patient får besked om att väntetiden blir längre än den vårdgaranti som finns lagstadgad kan hen kontakta väntetidskansliet i landstinget. Där blir patienten informerad om och guidad till vård utanför landstingsgränserna till samma kostnad som om vården utförts inom Landstinget Dalarna. Enligt intervju med vårdlots på väntetidskansliet är det nästan bara patienter med remiss för kontroll av eventuell katarakt som kontakter väntetidskansliet. För dessa finns upparbetade samarbetsparter i form av privata vårdgivare som har avtal med andra landsting. Väntetidskansliet skriver utifrån patientens uppgifter ett underlag för vårdgarantiremiss som ögonkliniken får godkänna innan remissen skickas till den externa utföraren. Vårdgarantivården belastar ögonsjukvården i Landstinget Dalarna i form av utomlänsvård. Landstinget Dalarna köpte under 2016 ögonsjukvård för ca 15 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka 5 miljoner kronor per 100 000 invånare i Dalarna (Nysam 2016). Utöver det betalar ögonsjukvården för vård som utförs utanför Dalarna, vilka enligt intervjuer till största delen uppkommer på grund av att vårdgarantin inte uppfylls för närvarande. Vård som utförs utanför länet kan även inkludera sk valfrihetsvård som innebär att en patient väljer att söka sig till en ögonklinik i ett annat landsting, enligt de rättigheter som framkommer i patientlagen. Det går inte att särskilja valfrihetsvård från vårdgarantivård i den statistik som finns över den vård som utförs utanför Dalarna.

3.3. Bedömningar och slutsatser

3.3.1. Förutsättningar för ögonsjukvården i Landstinget Dalarna att uppnå vårdgarantin

Helseplans bedömning är att ögonsjukvården i Landstinget Dalarna har förutsättningar som liknar de som råder inom ögonsjukvården i Sverige idag. Detta innebär att ögonsjukvården har en rad utmaningar som beror på det ökade uppdrag som förbättrade behandlingsmöjligheter fört med sig. Utmaningarna förvärras på grund av svårigheter att bemanna verksamheten, något som bedöms vara värre för Landstinget Dalarna än för många andra landsting i Sverige.

Förutsättningarna att nå vårdgarantin bedömer vi på kort sikt inte realistiska med de resurser som verksamheten har, inte minst de personella. Om man i verksamheten skulle prioritera att uppfylla vårdgarantins tidsram på 90 dagar till första besök och till behandling (efter att beslut om behandling tagits) skulle detta få mycket stora konsekvenser för i princip alla andra patientkategorier och riskera att helt åsidosätta prioriteringstanken att vård till de som behöver den mest ska gå före medicinskt lägre prioriterad vård. Helseplans bedömning är därför att det inte finns förutsättningar för ögonsjukvården att uppnå vårdgarantin idag.

3.3.2. Styrning och ledning av ögonsjukvården i Landstinget Dalarna

Helseplans bedömning är att styrelsen har tagit ansvar för att underlätta för verksamheten. Verksamheten bedöms vara i behov av insatser för att öka kapaciteten samtidigt som verksamheten fortsätter att arbeta med förbättringar av effektivitet och patientinflöde. Helseplan bedömer att lättillgänglig statistik och underlag utgör en förutsättning för välinformerade beslut och därigenom god styrning och ledning samt en ändamålsenlig och effektiv verksamhet. Att mottagen statistik och underlag uppvisar en svårhanterad/tidskrävande struktur utgör en indikation på att det finns strukturella utmaningar vad gäller datauttag och databearbetning. Vår erfarenhet är att det är särskilt viktigt för verksamheter som av olika skäl står inför stora utmaningar att ha adekvat information lättillgänglig på ett sätt som underbygger de beslut och prioriteringar som behöver göras i verksamheten. Det faktum att det inte finns någon tillgång till analys- eller controllerfunktion på kliniken bedömer Helseplan vara en försvårande omständighet för en pressad klinik med stora utmaningar.

3.3.3. Medicinska styrinstrument, vårdplaner inklusive aktuella indikationsgränser

Helseplan bedömer att det för de största patientgrupperna finns uppdaterade styrdokument i form av vårdprogram men att de för flera av de mindre frekvent förekommande patientgrupperna är av äldre datum. Vi kan inte utifrån de dateringar eller andra noteringar i styrdokumentet se att dokumenten genomgår regelbundna revideringar, med i förväg fastställda tidsintervall.

Styrdokumentet avseende glaukom är relativt nyligen reviderat och enligt Helseplans bedömning helt i linje med både svenska och europeiska guidelinjes avseende glaukomsjukvård. Vi konstaterar dock att detta dokument saknar övergripande riktlinjer för kontrollintervall avseende när olika glaukomtyper bör kontrolleras efter de inledande åren räknat från diagnosticering.

Helseplan bedömer att adekvata styrdokument avseende gråstarrskirurgi som innehåller indikationsgräns för när operation kan bli aktuell finns. Detta dokument är av äldre datum men har bedömts som fortsatt aktuellt 2014. Indikationsgräns bör alltid finnas då enbart förekomsten av gråstarr inte är indikation för operation, utan patientens besvär måste överstiga risken med ett operativt ingrepp.

Helseplans bedömning är att det dokument för medicinsk prioritering som är avsett att fungera vägledande för den personal som gör bedömning av remisser, är reviderat för mindre än ett år sedan och ligger helt i linje med vad som tillämpas på andra ögonkliniker.

Helseplans samlade bedömning av de dokument vi tagit del av är att indikationsgränser och vårdplaner inom ögonsjukvården i Landstinget Dalarna inte väsentligt skiljer sig från övriga Sverige och att de därmed kan anses vara adekvata. Vi kan dock inte uttala oss om i vilken grad dessa indikationsgränser tillämpas i praktiken eftersom detta inte ingått i granskningen.

Denna revision har inte granskat hur ovan nämnda handlingar implementerats i verksamheten och i vilken mån de efterlevs. För att fungera måste de vara kända, lätt åtkomliga och efterlevnaden bör följas upp.

3.3.4. System, hantering och uppföljning av ledtider, patientflöden och väntetider

Helseplans bedömning är att ögonsjukvårdens system och rutiner för hantering av väntetider fungerar för respektive mottagning. Respektive mottagning har hanterat sina prioriterade patienter samt vidtagit åtgärder för att ha så korta väntetider som möjligt för de patientgrupper som trängs undan. Vår bedömning är att detta system inte längre var ändamålsenligt redan under första kvartalet 2017 eftersom det då inte på ett enkelt sätt gick att få överblick över hela väntetidssituationen på ögonsjukvården i landstinget. Därför är det enligt vår bedömning bra att verksamhetschefen under hösten 2017 tagit initiativ för att skapa en samlad bild för kliniken. I och med att kliniken i dagsläget endast kan hantera väntelistorna separat för varje mottagning separat, innebär en samordning manuellt arbete. Vi konstaterar att genomgång och samordning av väntelistan hade inletts då denna granskning påbörjades i början av oktober och ännu inte var klar eller avslutad i slutet av oktober. Vår slutsats är därför att system och rutiner för hantering och uppföljning av väntetider inte är ändamålsenligt för ögonsjukvården.

4 Kompetensförsörjning

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 7. ”Hur ser möjligheterna ut att bemanna verksamheten med adekvat kompetens och i vilken mån arbetar verksamheten med s k ”task shifting” (där så är möjligt)?” och 8. ”Hur ser den långsiktiga kompetensförsörjningsplanen ut, d v s är verksamheten bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt?”

4.1. Iakttagelser

4.1.1. Förutsättningarna för adekvat bemanning på kort och lång sikt

Det finns enligt uppgift i intervjuer inget skriftligt dokument där en långsiktig bemanningsplan framgår. Istället hanteras långsiktig bemanning genom verksamhetens kontinuerliga arbete. I komplement till den kortsiktiga bemanningsplanering som sker med sex veckors framförhållning finns hela tiden den långsiktiga planen som innebär att de personalgrupper som har eller förväntas få en bristsituation kommande år löpande utbildas. Detta innebär enligt uppgift i intervjuer en betydande belastning på den befintliga och mer erfarna personalen som utöver sitt patientarbete har ett fortlöpande ansvar att utbilda och fortbilda sina kollegor.

Det finns enligt intervjuer en brist på läkare inom ögonsjukvården i landstinget både på kort och på lång sikt. Enligt olika intervjuer är det mellan tre och fyra heltidsläkare som saknas i verksamheten. Bristen leder till att det sker ett långsiktigt arbete med att locka och utbilda nya läkare till ögonspecialister, något som tar flera år. Det finns inte heller någon garanti för att den utbildade läkaren stannar kvar i Dalarnas ögonsjukvård efter avslutad utbildning. Ögonsjukvårdsverksamheten har därför ett antal ST-läkare under utbildning vilket bör motsvara vad verksamheten behöver för att klara framtida pensionsavgångar. Det saknas en buffert för att någon läkare hoppar av eller flyttar. Enligt företrädare för andra ögonverksamheter i Sverige finns det brist på ögonspecialister i hela Sverige.

Även sjuksköterskor med specialistinriktning ögon har under senare tid blivit svåra att rekrytera. Enligt intervju fanns det under granskningens gång en annons ute för en tjänst som sjuksköterska vid ögonmottagningen i Falun. Till den tjänsten hade inte en enda kvalificerad sökande kommit in. Som kvalificerad sökande hade en allmänsjuksköterska räknats, då det under längre tid inte har varit möjligt att rekrytera vidareutbildade sjuksköterskor. Istället har allmänsjuksköterskor rekryterats som har haft intresse att vidareutbilda sig med lön. Enligt intervjuer har även denna yrkeskategori inte kunnat rekryteras in. För att hantera den svåra rekryteringssituationen har kontakt knutits med sjuksköterskeutbildningen för att fånga upp studenter för praktik eller på annat sätt locka studerande till kliniken. Ögonsjukvårdens verksamhet i Falun rekryterar även undersköterskor för att därigenom avlasta sjuksköterskorna. Även läkarstuderande har rekryterats som undersköterskor i syfte att väcka intresse för specialiteten i ett tidigt skede.

I verksamhetsplanen för 2017 finns målen för vidareutbildning av befintlig personal med, uttryckta som specifika mål enligt tabellen nedan.

Utbildningsmål	Mål
Individuell utbildningsplan	90 % år 2017
Glaukomutbildning sjuksköterskor, synfält AW Utbildning under 2017	Alla glaukomsjuksköterskor ska ha fått
Ny personal ska få endags utbildning i ögonsjukvård	Under 2017
Sjuksköterskor ska få OCT-utbildning Fototräffar/utbildning 2017	Under 2017 Genomföra utbildning i fototeknik

Tabell 2: Mål för vidareutbildning av befintlig personal. Källa: Verksamhetsplan, 2017

Det finns ingen strukturerad uppföljning av hur verksamhetsplanens mål har uppfyllts. Genom verksamhetschefen har Helseplan blivit informerad om att:

- Individuell utbildningsplan är en del av medarbetarsamtalen, varpå målet bör uppfyllas
- Glaukomsynfältsutbildning har genomförts, varpå målet i all väsentlig mening kan anses uppfyllt
- Halvdagsutbildning har genomförts för nyanställda i april i kombination med genomförd utbildning, varpå målet i all väsentlig grad kan anses som uppfyllt
- Fototräff/utbildning har ej genomförts, en anledning till detta är kameraproblem

Personalgruppen ortoptister kommer att drabbas av två pensionsavgångar inom kommande år. För att täcka detta vidareutbildas just nu två ögonsjuksköterskor till ortoptister. Detta medför enligt intervju att mottagningen i Falun inte klarar sitt åtagande på grund av brist på sjuksköterskor. Det finns också flera kommande pensionsavgångar att väga in, bl a närmar sig flera erfarna ögonsjuksköterskor på de mindre mottagningarna pensionsåldern. Detta innebär både en bemannings- och kompetensutmaning för kliniken.

Det sparpaket som ålades samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheterna i Landstinget Dalarna 2011-2012 ledde enligt intervjuer till att den långsiktiga kompetensförsörjningsplan som vid detta tillfälle fanns på kliniken blev svår att fullfölja. I och med den personalneddragning som då genomfördes, motsvarande nio procent av personalen, försvann den buffert som hade behövts för att bibehålla kompetensen långsiktigt främst på sjuksköterskesidan. Detta anges som en viktig förklaring till den brist på sjuksköterskor som finns idag och som bl a har lett till att mottagningen i Avesta har fått stänga.

Kliniken har även optiker anställda. Dessa kan hantera en hel del undersökningar och kontroller som tidigare sköttes av ögonsjuksköterskor. Detta fungerar enligt intervjuer bra och det kan bli aktuellt att rekrytera ytterligare optiker, enligt intervjuer. Kliniken kommer enligt uppgift anställa ytterligare en optiker i december 2017.

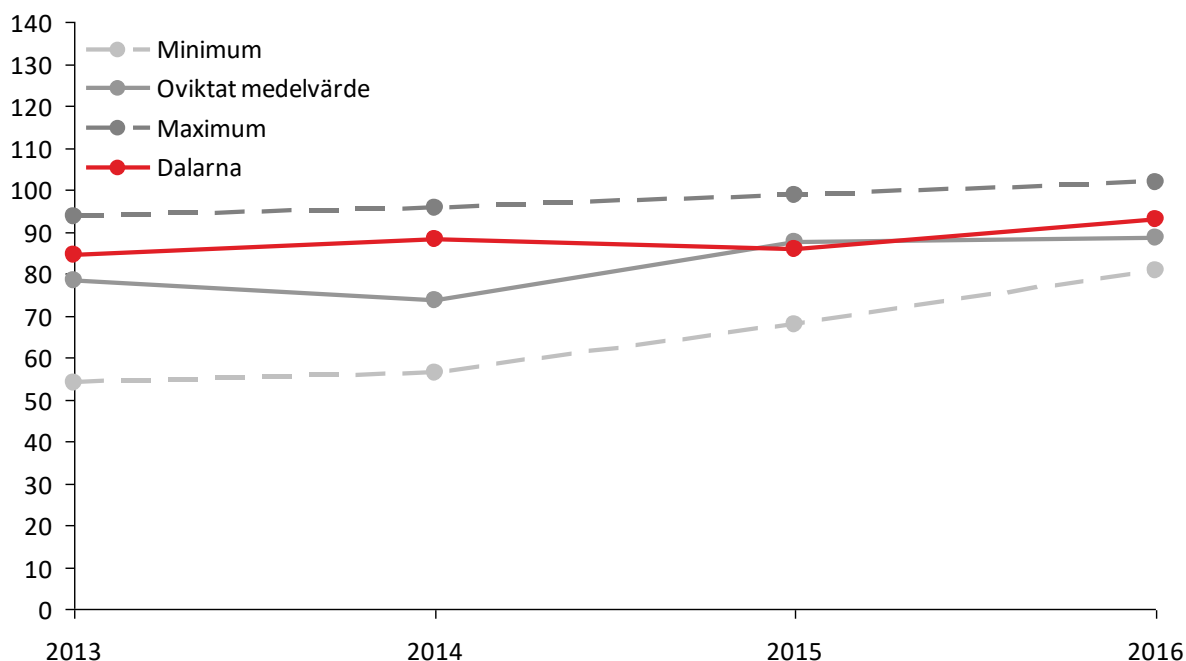
4.1.2. Ögonsjukvården arbete med task shifting

Verksamheten var enligt intervjuer tidig med att arbeta med så kallad task shifting med svenska mått mätt. Det innebär att sjuksköterskor har övertagit arbetsuppgifter som läkare traditionellt har utfört och undersköterskor har övertagit arbetsuppgifter från sjuksköterskor. Syftet har varit att den kvalificerade sjukvårdspersonalen ska användas till de patienter som mest behöver denna, i en situation då resurserna inte räcker till alla.

Enligt intervjuer bedömer sjuksköterskor exempelvis bilder på ögonbotten hos diabetiker av vilka endast uppskattningsvis tio procent går vidare till läkare för bedömning. Enligt uppgift görs även fler än hälften av bedömningarna avseende glaukom av sjuksköterskor och kompetensen byggs upp efter hand. Ortopristerna tar hand om barn över tre år med vissa undantag. För närvarande är fyra sjuksköterskor upplärda för att ge injektioner till makulapatienter, något som frigör läkartid för operations- och mottagningsverksamhet. Det finns även fyra sjuksköterskor i länet som gör bedömning vid misstanke om behov av kataraktoperation, d v s tar självständigt emot nybesök på remiss från optiker med frågeställningen katarakt. Dessa sjuksköterskor sätter upp patienten direkt på väntelista för operation i de fall detta bedöms krävas, utan att läkarbesök behövs.

Den bild som framkommer vid intervjuer är att personalen vid ögonsjukvården i Landstinget Dalarna uppfattar att kliniken ligger långt fram när det gäller task shifting jämfört med liknande kliniker i Sverige. En mycket tillåtande och utvecklingsinriktad kultur beskrivs dessutom av flera respondenter. I intervjuer framkommer även att det pågår diskussioner internt i ledningsgruppen om att utöka task shifting till fler sjuksköterskor än de som idag har delegerats dessa arbetsuppgifter. Det framgår också att den ansträngda bemanningssituation som råder för närvarande leder till att det blir mindre fokus på utveckling och utbildning, vilket riskerar att ge sämre arbetstillfredsställelse.

Inom Nysam följs uppgifter om task shifting upp. De siffror som redovisas där bekräftar att Landstinget Dalarna var tidigt ute med task shifting och att fler verksamheter nu följt efter. (Nysam 2016). Som framgår av figur sju nedan var Landstinget Dalarna tidigt ute med att delegera en relativt stor andel besök till ortoptister, sjuksköterskor och andra professioner relativt andra länskliniker medverkande i Nysam. Detta försprång relativt övriga länskliniker var som störst 2014 för att sedan minska något. För 2016 var Landstinget Dalarna något över genomsnittet för medverkande länskliniker i Nysam.



Figur 7: Landstinget Dalarnas relativa position avseende besök ortoptist/sjuksköterska/andra på delegation per 1000 invånare i det primära upptagningsområdet i jämförelse med länskliniker medverkande i Nysam. Källa: Nysam 2013-2016.

4.2. Bedömning och slutsatser

4.2.1. Förutsättningarna för adekvat bemanning

Helseplans bedömning är att verksamheten i dagsläget inte är bemannad på ett långsiktigt hållbart sätt för att kunna hantera nuvarande och framtida personalbehov. Ögonsjukvården i Dalarna har stora svårigheter att bemanna delar av sin verksamhet adekvat. Förutsättningarna skiljer sig mellan olika mottagningar. Vissa mindre mottagningar har en stabil och erfaren personal som dock börjar närma sig pensionsåldern.

Att ögonsjukvården i Dalarna har brist på personal är inget unikt för landstinget utan snarare genomgående för samtliga landsting i Sverige. Vad som är intressant är att sjuksköterskor och undersköterskor anges som den mest trånga sektorn. Baserat på Helseplans erfarenhet brukar oftast läkarna anges som den yrkeskategorin där det råder störst brist inom svensk ögonsjukvård idag. Helseplan gör bedömningen att ett fortsatt och utvecklat proaktivt rekryteringsarbete är nödvändigt. Vår bedömning är att det är önskvärt att landstingets politiska och tjänstemannaledning stöttar ögonkliniken i sitt arbete med att attrahera arbetskraft på både kort och längre sikt.

4.2.2. Ögonsjukvården arbete med task shifting

Helseplans bedömning är att ögonsjukvården i Dalarna har en kultur som tillåter delegering av arbetsuppgifter till andra yrkeskategorier genom att detta gjorts under lång tid på kliniken. Vi bedömer också att det pågår en dialog mellan olika enheter och personalgrupper om att utöka delegering av ytterligare ansvar och uppgifter till fler individer och grupper. Ett exempel är att delegera sjuksköterskeuppgifter till undersköterskor vilket aktualiserats utifrån bristen på sjuksköterskor. Samtidigt måste man hela tiden värdera vad som ger effektivast vård, task shifting kanske inte alltid är totalt sett mest effektivt. Andra nya arbetssätt bör också övervägas och utvärderas. Speciellt i en situation där man nu beskriver brist på sjuksköterskor och svårigheter att rekrytera dessa.

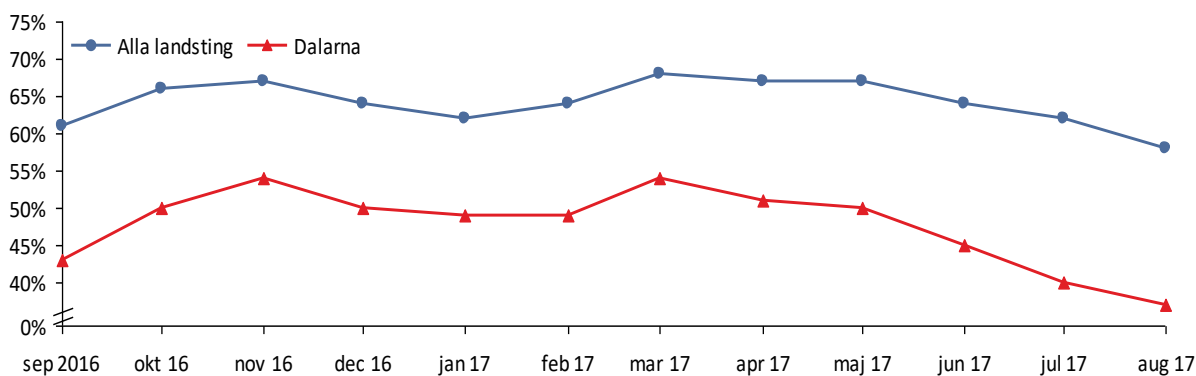
5 Skäliga väntetider och patientsäkerhet

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 3. ”Är väntetider till undersökning/diagnostisering, operation/behandling och efterkontroll för patienter skälig?” och 10. ”Uppstår undanträngningseffekter på grund av att vissa diagnoser och/eller behandlingar ökar/har ökat i omfattning?”

5.1. Iakttagelser

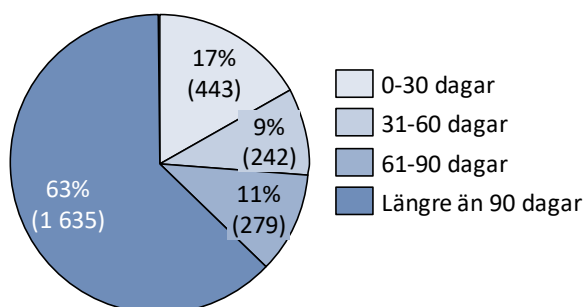
5.1.1. Redovisning av väntetider

I figur 8 nedan redovisas Landstinget Dalarnas respektive alla landstings måluppfyllelse av förstabesök inom ögonsjukvården, d v s andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat förstabesök. Dataunderlaget avser perioden september 2016 till augusti 2017. Figuren visar att Landstinget Dalarnas ögonsjukvård konsekvent har haft en lägre måluppfyllelse än genomsnittet för samtliga landsting. Vid analys av dataunderlaget är det möjligt att konstatera att Landstinget Dalarna har haft 13 till 22 procentenheters lägre måluppfyllelse under perioden. Vidare konstateras att avvikelserna minskade något fram till mars 2017 för att sedan öka igen.



Figur 8: Måluppfyllelse förstabesök: Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat förstabesök. Källa: vantetider.se, 2017-10-23.

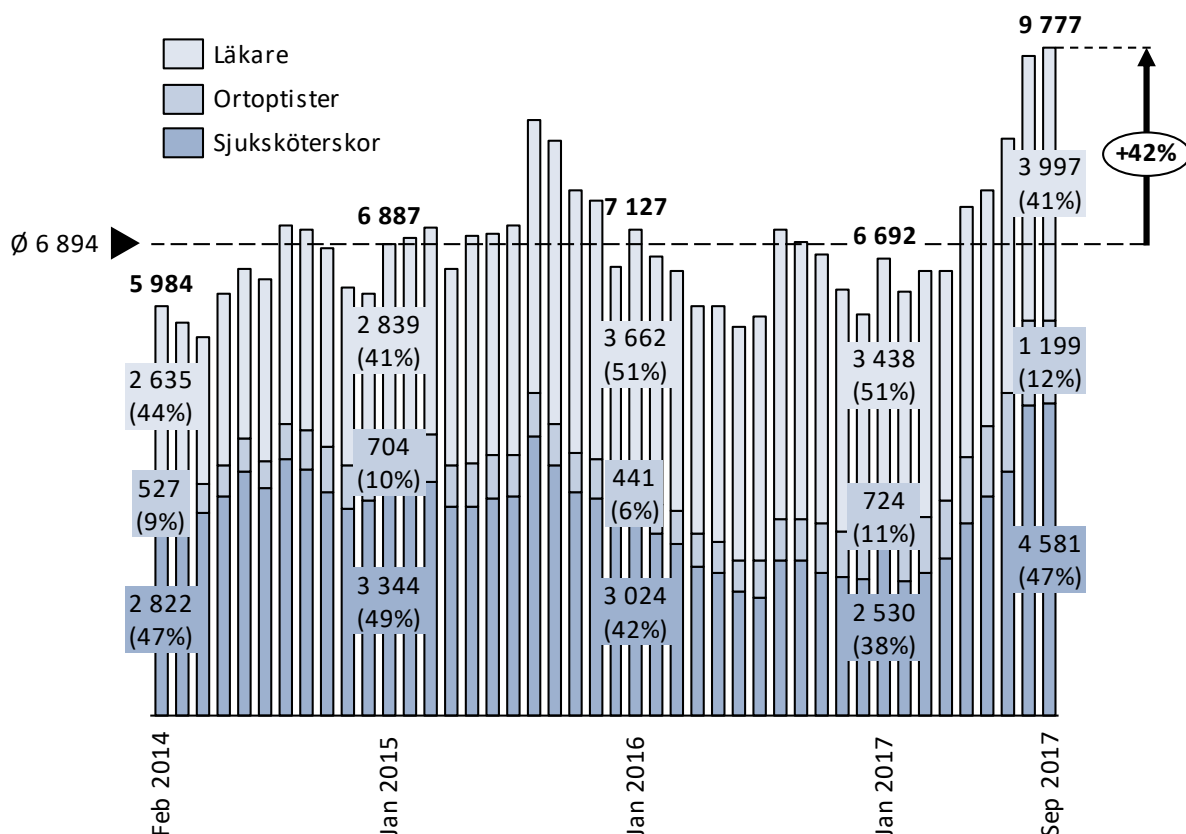
Vid analys av ovanstående väntetider för förstabesök i Landstinget Dalarna konstateras att totalt 1 599 patienter väntade på sitt förstabesök i augusti 2017. För dessa fördelades väntetidens längd som följer av figur nio nedan.



Figur 9: Fördelning av väntetidens längd till förstabesök, augusti 2017. Källa: vantetider.se, 2017-10-23.

Figuren ovan visar att 63 procent (1 635 patienter) har väntat mer än 90 dagar på ett förstabesök. Detta kan tolkas som ett uttryck för att man aktivt försöker prioritera och ta hand om de patienter som har störst medicinskt behov av vård. Genom att 17 procent tas om hand inom 30 dagar och i denna grupp brukar exempelvis ingå alla patienter med misstanke om makuladegeneration (AMD). Även misstanke om andra ögonsjukdomar som kräver snabbare omhändertagande återfinns i de grupper som prioriterats till väntetid kortare än 90 dagar. Detta jämfört med att man i verksamheten försöker klara att inte förlänga väntetiden för de patienter till återbesök som markeras/prioriterats som viktiga. Av figuren framgår att två tredjedelar av ögonklinikens patienter har fått vänta längre än 90 dagar innan första besök.

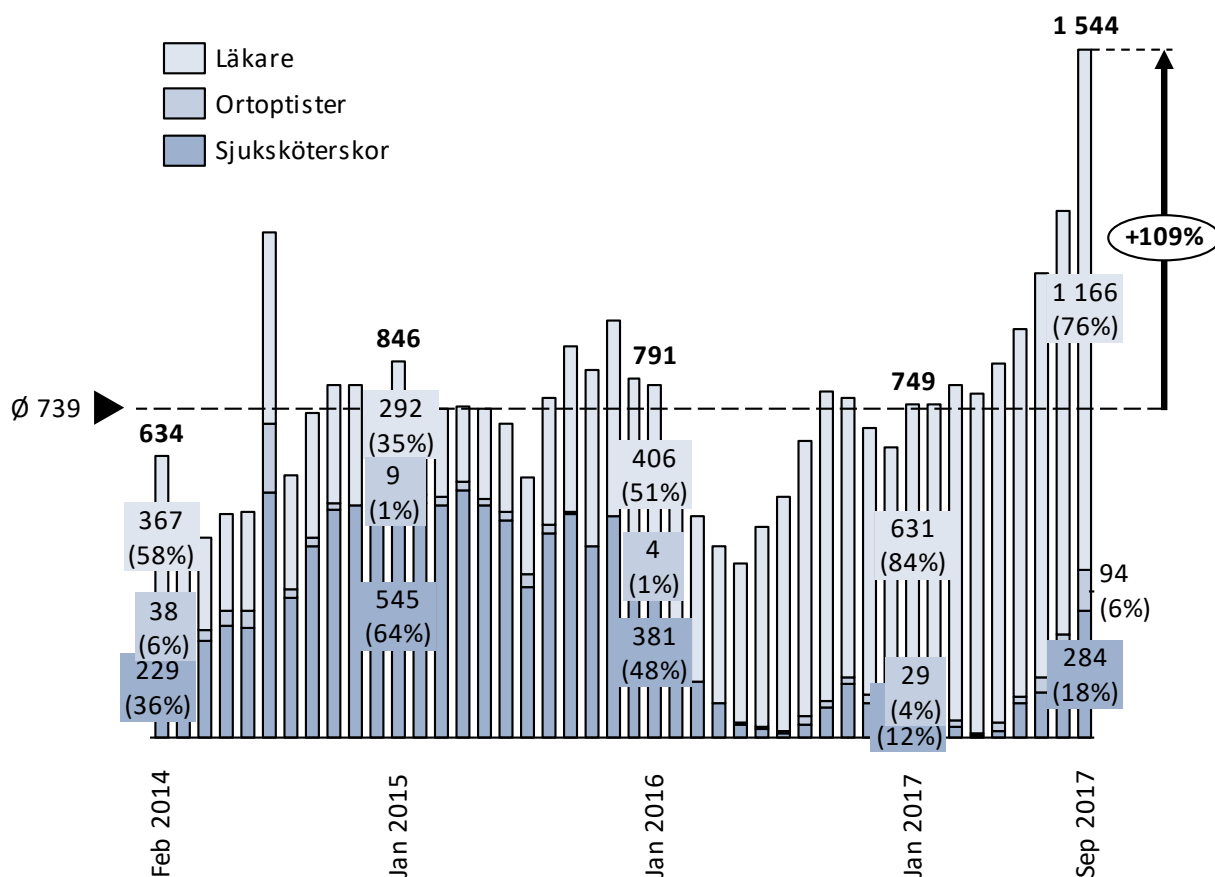
I figur 10 nedan framgår att antalet patienter inom ögonsjukvården vars operation/åtgärd är försenad och inte är utförd har stigit sedan februari 2017. Detta har även resulterat i att väntelistan för patienter som har väntat mer än sex månader har ökat vilket synliggörs i figur elva. Väntelistan för patienter som har väntat mer än sex månader har framförallt ökat för de patienter som står på läkarnas väntelista till mottagning. Även väntelistan till ortoptist har ökat procentuellt, om än från en låg nivå (från i genomsnitt 21 till 94 patienter i väntelistan för ortoptister).



Figur 10: Väntelista för försenade och ej utförda ny- och återbesök. Väntelistan avser väntelisteposter vid aktuellt datum som är försenade och inte utförda. Ø indikerar genomsnitt för perioden. Källa: Landstinget Dalarna, september 2017.

Total väntelista för försenade och icke utförda ny- och återbesök i figuren ovan har i genomsnitt legat runt 6 900 patienter under tidsperioden februari 2014 till september 2017. På senare tid, med start i januari 2017, har den totala väntelistan ökat kraftigt och ligger nu 42 procent över ett historiskt genomsnitt. Den totala väntelistan har ökat för alla yrkeskategorier och beräkningar visar att väntetidslistorna har haft följande utveckling i jämförelse med det historiska genomsnittet:

- Läkare: Ökning från historiskt genomsnitt om 3 307 till 3 997 patienter (+ 21 procent)
- Ortopptister: Ökning från historiskt genomsnitt om 646 till 1 199 patienter (+ 86 procent)
- Sjuksköterskor: Ökning från historiskt genomsnitt om 2 941 till 4 581 patienter (+ 56 procent)



Figur 11: Väntelista för försenade och ej utförda ny- och återbesök mer än sex månader. Väntelistan avser väntelisteposter vid aktuellt datum som är försenade och inte utförda. Ø indikerar genomsnitt för perioden. Källa: Landstinget Dalarna, september 2017.

Den totala väntelistan för försenade och inte utförda ny- och återbesök som väntat mer än sex månader har i enlighet med figur 11 i genomsnitt legat runt 740 patienter under tidsperioden februari 2014 till september 2017. Sedan maj 2016 är det möjligt att se en ökande trend för patienter som väntat mer än sex månader, framförallt för patienter som väntar på läkarbesök. Den totala väntelistan ligger nu 109 procent över genomsnittet för perioden. Den totala väntelistan har ökat för alla yrkeskategorier. Väntetidslistorna har haft följande utveckling i jämförelse med det historiska genomsnittet:

- **Läkare:** Ökning från historiskt genomsnitt om 451 till 1 166 patienter (+ 159 procent)
- **Ortopister:** Ökning från historiskt genomsnitt om 21 till 94 patienter (+ 342 procent)
- **Sjuksköterskor:** Ökning från historiskt genomsnitt om 267 till 284 patienter (+ 6 procent)

5.1.2. Prioriteringar mellan patientgrupper och undanträngningseffekter

I intervjuer har det framkommit att de växande väntelistorna till stor del beror på att patientgruppen makuladegeneration, som behöver behandlas med intravitrealinjektioner, har ökat under en längre period, enligt intervjuerna med ca 2 procent per månad i genomsnitt sedan 2010. Detta har inneburit att verksamheten inte har haft tillräcklig kapacitet för att hantera samtliga patienter och att väntelistan har vuxit. Efterfrågan på vård totalt sett har vuxit snabbare än verksamhetens möjligheter att utöka sin kapacitet, givet processeffektiviseringar och ytterligare kapacitet genom exempelvis ytterligare lokaler samt personal. Vi har genom uppgifter i Makularegistret kunnat se att patienter i Landstinget Dalarna med makuladegeneration har snabb tillgång till vård när sjukdomen uppkommer och att uppföljningen sedan sker enligt plan vilket är en förutsättning för goda kvalitativa resultat.

Viktigt att poängtera är att väntelistan är olika lång beroende på patientens vårdbehov, där patienterna prioriteras tidsmässigt baserat på medicinskt behov. Denna tidsmässiga prioritering av patienterna baseras enligt uppgift från intervjuerna framförallt på patientens risk för komplikationer och/eller försämrade vårdkvalitet vid förlängd väntetid. Prioriteringen baseras på vårdpersonalens medicinska ställningstagande av patientens behov och avser vad personalen anser som skälig väntetid för den individuella patienten.

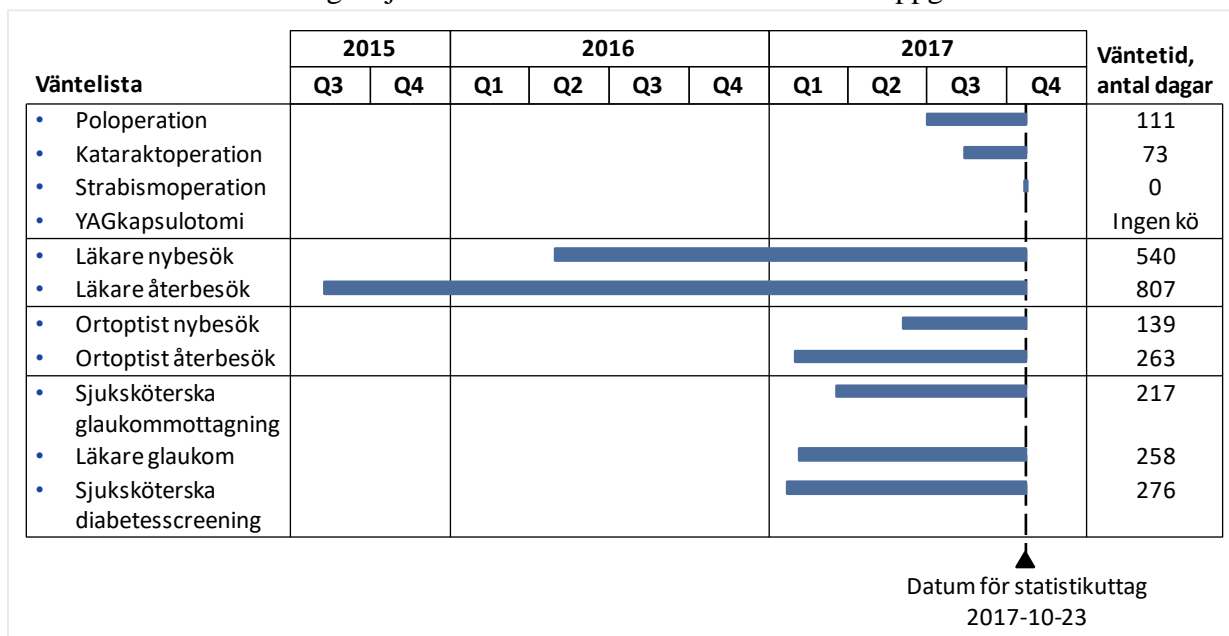
Av vårdpersonalen angiven skälig väntetid för patienten kan skilja sig från faktiskt väntetid. Av vikt för denna granskning är främst de eventuella komplikationer som kan uppstå när faktisk väntetid är längre än av vårdpersonalen medicinskt bedömd skälig väntetid. En växande väntelista och prioritering av vissa patientgrupper till förmån för andra har resulterat i att vissa patientgrupper tvingas vänta längre på vård. Det finns inte tillräckligt med kapacitet för att i dagsläget hantera samtliga patienter, varpå patientgrupper med mindre prioritet delvis trängs ut. Exempel på detta inom Landstinget Dalarna ses i form av att den växande patientgruppen makula prioriteras och därmed delvis tränger ut övriga patientgrupper, exempelvis diabetiker, katarakt- och glaukompatienter. Vissa av respondenterna menar att detta är rimliga prioriteringar givet nuvarande kapacitet. Dessa respondenter anser att om någon patientgrupp måste prioriteras före någon annan så är de prioriteringar som görs rimliga. Detta eftersom makulapatienter behöver återkommande behandling inom beslutade tidsintervall, annars riskeras permanent synförlust. Andra respondenter menar att det i dagsläget inte görs rimliga prioriteringar och att makulapatienterna tar allt för stor del av tillgängliga resurser, där ett aktivt beslut att satsa på makula innebär ett passivt beslut att inte fokusera på övriga patientgrupper.

5.1.3. Skäliga väntetider

Respondenterna är överens om att vårdbehovet överstiger verksamhetens nuvarande kapacitet, vilket medför att den totala väntelistan växer. Därtill är respondenterna eniga om att vissa patientgrupper rent tidsmässigt prioriteras framför andra patientgrupper, varpå tid för operation/åtgärd skjuts framåt i tid för de mindre prioriterade patientgrupperna. Flertalet respondenter menar att vården är patientsäker eftersom patienter med behov av vård inom ett visst tidsintervall prioriteras och mottar vård inom tidsintervallet. Enligt dem är det enbart

patienter som inte medicinskt far illa av förlängd väntetid som tvingas vänta längre. Andra respondenter menar att vården inte är patientsäker eftersom den av vårdpersonalen medicinskt bedömda, skäliga väntetiden vid kallelse (vanligen 90 dagar) inte kan upprätthållas och att faktisk väntetid därmed blir längre. Om vårdpersonalen anger att patienten ska motta vård inom tre månader men faktisk väntetid blir sex månader så följs inte vårdpersonalens medicinska bedömning och vården kan därmed inte längre anses vara patientsäker, enligt dessa respondenter. Överlag menar respondenterna att det stora flertalet patienter som tvingas vänta längre på sin vård inte far illa, men att det finns enskilda patienter som löper förhöjd risk. Därtill har åsikter framförts om att väntetid till undersökning/diagnos inte är skälig och bör förkortas.

Flera av respondenterna menar att en förlängd väntetid som enbart i liten grad skiljer sig mot medicinskt angiven väntetid sannolikt inte resulterar i lägre patientsäkerhet men att när skillnaden blir allt för stor så ökar risken för vårdskador och sämre medicinsk kvalitet vid operation/åtgärd. Som exempel anges att det i de flesta fall inte utgör en förhöjd risk om en diabetiker eller kataraktpatient tvingas vänta en månad extra men att det finns en förhöjd risk om den extra väntetiden blir upp till tolv månader längre. Detta är den situation som Landstinget Dalarna har idag enligt både intervjuer och tillgänglig statistik. Respondenterna framför att även individuella patienter riskerar att hamna i kläm, exempelvis de som fått fel diagnos eller de som av misstag har felregistrerats i väntelistan. I figur tolv nedanför visas väntetiden för den patient per väntelista och per yrkeskategori som har väntat längst på diagnos, operation/åtgärd respektive återbesök i förhållande till angivet måldatum. Väntetiderna nedan är korrigerade för individer vars väntetid kraftigt avviker från övriga patienter i respektive väntelista. Detta har enligt uppgiftslämnaren skett i syfte att redogöra för en mer rättvisande längsta väntetid. Verksamhetschefen för ögonsjukvården har bearbetat och lämnat ut uppgifterna.



Figur 12: Väntetid för den patient som väntat längst per väntelista. Med väntetid avses tid utöver medicinsk prioritering, faktiskt väntetid för patienten är vanligen ytterligare 90 dagar. Källa: Uttag från aktuell väntelista, utförd av verksamhetschefen för Landstinget Dalarnas ögonsjukvård, per den 23 oktober 2017.

I figuren ovan slås man av att de patienter som får vänta ojämförligt längst efter planerat måldatum är de som väntar på ett läkarbesök, både vad avser återbesök eller nybesök. Ett antal patienter har väntat mer än två år längre än planerat på sitt återbesök trots att kraftigt avvikande värden är borttagna.

5.2. Bedömningar och slutsatser

5.2.1. Prioriteringar mellan patientgrupper och undanträngningseffekter

Helseplan bedömer att ögonsjukvården i Landstinget Dalarna aktivt arbetar för att prioritera de patienter som är i behov av vård inom specifika tidsfrister. Utifrån data från Väntetider i vården gör Helseplan bedömningen att ögonsjukvården aktivt försöker prioritera att ta hand om de patienter som har störst medicinskt behov av vård. Vår bedömning är att synbevarande insatser och god medicinsk kvalitet är högt prioriterat på kliniken. I synnerhet visar statistik att den makulaverksamhet som bedrivs i landstinget har snabb tillgång till vård och håller de behandlingsintervall som är beslutade. Den medicinska prioriteringen ger effekten att de medicinska måldatum som satts upp inte kunnat hållas för alla patienter. Trots att prioriteringen utgår ifrån vedertagna principer och därmed görs på ett korrekt finns det enligt Helseplans bedömning två stora risker. Det kan det finnas brister i kunskap om ögon hos den som skickar remissen eller brister i tolkningen av remissen, något som riskerar att en remiss tolkas felaktigt. En väntetid som ligger långt utöver den lagstadgade väntetiden på 90 dagar är inte heller acceptabel ur patientens synvinkel.

I och med att de system för köhantering som tillämpats fram till våren 2017 inte har underlättat en samlad bild av hela klinikens kösituation har de prioriteringar som gjorts baserats på respektive kölista separat. Detta har enligt vår bedömning föranlett att de prioriteringar som löpande gjorts inte har tagit hela kösituationen i beaktande. Helseplans bedömning är därför att det är mycket angeläget att den genomgång av samtliga kölistor som pågår fortsätter göras. Detta för att säkerställa att prioriteringar mellan patientgrupper görs medvetet och hanteras på bästa möjliga och mest patientsäkra sätt.

Vi konstaterar att flera medarbetare i ansvarig ställning på ögonsjukvården i Dalarna menar att verksamheten inte bedrivs på ett patientsäkert sätt i alla delar idag. Detta bedömer vi är anmärkningsvärt trots att det tyvärr inte endast är i Landstinget Dalarna som ögonsjukvården har svårt att klara sitt åtagande inom ramen för givna resurser (budgetmässigt eller utifrån bemanningssituationen). Helseplans slutsats är att det är väsentligt att politiska styrelser och nämnder ges möjlighet att förstå de utmaningar som verksamheten ställts inför och därmed på bästa sätt bidrar till att invånare i Dalarna inte riskerar att få permanenta synskador i onödan.

Helseplans bedömning är att ett konsekvent och transparent arbete med patientprioriteringar är viktigt ur arbetsmiljösynvinkel. Känslan av kontroll och säkerhet i hanteringen av patientärenden är i hög grad kopplad till arbetstillfredsställelse hos samtliga personalgrupper.

Detta kan i sin tur kopplas till möjligheterna att rekrytera och utbilda ny personal och är därmed en viktig framgångsfaktor för ögonsjukvården i Dalarna.

5.2.2. Skäligen väntetider

Helseplan gör bedömningen att väntetiderna delvis inte kan anses vara skäligen. Vissa delar av verksamheten har inga väntetider medan andra patienter får vänta mycket länge. Vi bedömer att det finns en stor kunskap på kliniken om de medicinska prioriteringsgrunder som ska gälla för ögonpatienter, men att det inte har gått att upprätthålla de tider som kan anses skäligen för mindre medicinskt prioriterade patientgrupper. Helseplan har inte gjort någon medicinsk bedömning av huruvida den förlängda väntetiden har medfört en förhöjd risk för vårdskador och sämre medicinsk kvalitet. Utifrån väntetidernas längd gör Helseplan ändå den sammantagna bedömningen att de långa väntetiderna utgör ett hinder för ögonsjukvården att bedriva en patientsäker vård.

Helseplan bedömer att långa väntetider till undersökning/diagnos (det vill säga väntetid till förstabetesök hos läkare) utgör ett potentiellt stort problem för verksamheten. Utan tidig undersökning/diagnos är det heller inte möjligt att tidsmässigt prioritera patienterna inför operation/åtgärd. Därmed kan tid förflyta som resulterar i permanent synförlust för de patienter som i annat fall hade åtgärdats/behandlats tidigare.

6 Patientflöden – kapacitet och effektivitet

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 4. ”Är patientflödena (ledtiderna) vid ögonkliniken optimala och understödjer arbetsorganisationen samt använda rutiner/processer e t c ett optimalt patientflöde (används t ex tillgängliga personalresurser effektivt, görs adekvata prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper, är kapaciteten tillräcklig liksom, i förekommande fall, fördelning mellan köpta operationer och operationer i egen regi)?”, 5. ”Bedrivs, i förekommande fall, ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflöden (ledtider) och undanröja hinder för ett effektivt flöde?” och 9. ”Hur många patienter har under de senaste tre åren samt det första halvåret 2017 skickats till andra län för undersökning och/eller behandling, antingen på grund av vårdgarantin eller planerade samarbeten?”

6.1. Iakttagelser

6.1.1. Rutiner och processer inom Landstinget Dalarnas ögonsjukvård

Respondenter har framfört att de anser att det finns viss förbättringspotential avseende vilka patienter verksamheten tar emot och specifikt vilka verksamheten egentligen inte borde ta emot samt hur ofta enskilda patienter tas emot. Flera respondenter anger att ögonsjukvården i rådande situation bör fokusera på de patienter som har en ögonsjukdom. Ögonfriska personer som idag vänder sig till ögonsjukvården för att exempelvis begära intyg för körkort och liknande åtgärder

bör kunna hanteras på annat sätt än att ta ögonsjukvårdens resurser i anspråk, menar flera respondenter.

Landstingets ögonsjukvård har även ett dokument avseende kriterier för remissbedömning, som är reviderat per december 2016. Detta dokument fungerar som vägledning för den remissbedömning som ligger inom läkarens (eller i förekommande fall ögonsjuksköterskans) ansvar att göra.

Angående verksamhetens effektivitet menar flera respondenter att ögonsjukvården i Dalarna är effektiv relativt övriga delar av Sverige. Detta anges specifikt för makulaverksamheten samt operationsverksamheten. Exempelvis anger en respondent att makulaverksamheten står sig väl i förhållande till övriga Sverige med avseende på effektivitet och antalet injektioner som kan genomföras relativt behov av tidsåtgång och personal. Enligt kvalitetsregistret för makula har Landstinget Dalarna ett något bättre resultat än rikssnittet vad avser synförbättring efter ett år. (Makularegistret⁵)

Respondenterna ger uttryck för uppfattningen att det sker ett ändamålsenligt arbete med att optimera patientflödena och uppger flertalet exempel på förbättringsarbeten som skett i närtid. Samtidigt kan respondenterna överlag inte redogöra för tillvägagångssättet för verksamhetens förbättringsarbete.

I intervjuerna framkommer flera förslag på förbättringsåtgärder som skulle kunna genomföras. Exempelvis tas förslag upp om att tydliggöra gränserna för vad som ska skötas i primärvården respektive inom ögonspecialistvården samt att sluta hantera så kallade egenremisser från patienter på samma sätt som andra remisser. Ytterligare förslag går ut på att minska frekvensen av återbesök, främst hos mer erfarna läkare, samt att samla ihop patienter och samtidigt bedöma patienter som sannolikt ingår i samma patientgrupp, exempelvis katarakt, vilket enligt respondenten skulle kunna resultera i snabbare behandling och effektivare processer.

Ett annat förbättringsförslag som framförts av respondenterna är att dela upp verksamheten i olika team med ansvar för olika patientgrupper. Ett sådant team finns enligt intervju redan för patientgruppen makula. Respondenter menar att verksamheten därmed skulle bli mer greppbar, samt möjliggöra för enklare uppföljning och kontroll av väntelistorna. Vidare anser respondenterna att detta skulle underlätta för förbättringsarbete i form av att exempelvis effektivisera rutiner och vårdprogram för den aktuella patientgruppen. Ett område som uppgivits vara speciellt intressant för en sådan insats är glaukomverksamheten.

Ytterligare ett förslag som framförs är att verksamheten i högre grad borde försöka ta lärdom av andra verksamheter (privata och offentliga) genom att göra studiebesök.

⁵ Vården i siffror, hämtad 2017-10-23;
<https://www.vardenisiffror.se/registry/makularegistret/indicator/174f01f7-6cc7-4de9-a049-a0c51154e2cb/counties/?descriptionSource=Makularegistret>

Flertalet respondenter har angivit att det finns en brist på lokaler inom ögonsjukvården. Framförallt anger respondenterna att utrymme saknas där makulapatienterna kan motta sina injektioner för att därigenom frigöra tid i operationssalarna. Samtidigt har flera respondenter angivit att det inte finns någon lokalbrist, eftersom nuvarande lokaler inte är fullbelagda och därmed underutnyttjas. Ytterligare andra respondenter menar att ett utökat antal lokaler skulle innebära ökad flexibilitet och handlingsutrymme vid schemaläggning samt planering, varpå andra resurser såsom vårdpersonal kan användas mer effektivt.

Landstinget Dalarna har fattat ett beslut att bygga ytterligare lokaler som ska vara avsedda för makulaverksamheten. Byggnationen är planerad men inte påbörjad. Flertalet respondenter anser att denna lokalbyggnation är central för att frigöra tillräcklig kapacitet i operationssalarna, varpå verksamheten kan minska sina väntetider.

Som beskrivet ovan under 4.1.2 anser respondenterna att Dalarnas ögonsjukvård aktivt arbetar med task shifting. Respondenterna framhäver att eventuell task shifting alltid baseras på reell kompetens, varpå delegering av arbetsuppgifter sker på individnivå. Ett fåtal av respondenterna menar att ytterligare task shifting går att genomföra, framförallt lyfter de fram möjligheterna att i högre grad nyttja undersköterskor och optiker.

Kapacitetsfrågor rörande personal- och kompetensbrist hanteras under kapitel fyra, Kompetensförsörjning.

6.1.2. Fördelningen mellan egen verksamhet och externa aktörer

Den fördelning som sker mellan Landstinget Dalarna och andra aktörer baseras i stora drag på följande:

- Högspecialiserad vård hanteras på universitetssjukhusen i Örebro och Uppsala samt S:t Eriks Ögonsjukhus i Stockholm. Detta är vård som inte utförs inom Landstinget Dalarna.
- Vårdgarantivård sker genom att patienter hänvisas till privata kliniker, företrädesvis i Uppsala, Örebro och Stockholm. Oftast handlar det om kataraktoperationer. Patienten får hjälp med planeringen och betalar samma avgift som om vården skett i Landstinget Dalarna. Det görs ingen bedömning av priset för besök eller ingrepp som ska utföras utan väntetidskansliet har valt ut ett antal kliniker med vilka de uppfattar att samarbetet fungerar väl.
- Valfrihetsvård innebär att patienten själv väljer att söka sig till annat landsting vilket är en rättighet som framgår av patientlagen.
- Upphandling av 1500 kataraktoperationer per år. Efter förnyad upphandling har ett nytt avtal tecknats med Capio som avser 800 (med option på upp till 2000 ytterligare) kataraktoperationer från och med 1 januari 2018 till och med sista december 2019. Förhoppningen är enligt verksamhetschefen att hela optionen inte ska behöva nyttjas.

Respondenterna menar överlag att fördelningen av den vård som utförts internt respektive externt i dagsläget är god men att det kan vara aktuellt att se över behovet av att lägga ut ytterligare operationer på extern leverantör för att därigenom frigöra intern kapacitet. Ytterligare inköp av kataraktoperationer anges i så fall som ett lämpligt alternativ eftersom det är ett ingrepp som är enkelt att följa upp och utvärdera. Enligt verksamhetschefen vore dock en varaktig extern kataraktverksamhet djupt olycklig baserat på erfarenheter från övriga Sverige. Stor risk för en resulterande kompetensflykt från kliniken vilket leder till negativa konsekvenser för samtliga patientgrupper p g a svårigheter avseende nyrekrytering. En fungerande kataraktkirurgi central för att kunna erbjuda en god ST-utbildning och därmed en förutsättning för en ändamålsenlig och långsiktig kompetensförsörjning på läkarsidan. Dessutom ses en tydlig trend avseende förbättrad möjlighet att utföra kirurgin i egen regi. Att varaktigt sälja ut kataraktkirurgi innebär således en försämrad möjlighet för kliniken att lösa sitt uppdrag, enligt verksamhetschefen.

Inom Nysam är det möjligt att observera att nyckeltalet antal operationstillfällen totalt, köpt externt inklusive fritt vårdval, upphandling och liknande, har minskat under perioden 2014-2016, från 1 738 till 1 538 st. Under samma tidsperiod har kostnaderna för köpt utomlänsvård ökat från 10,6 till 14,4 miljoner kronor.

6.2. Bedömningar och slutsatser

6.2.1. Rutiner och processer inom Landstinget Dalarnas ögonsjukvård

Helseplans bedömning är att det sker ett arbete med att optimera patientflödena inom ögonsjukvården i Dalarna, men att förbättringsarbetet är mer av ad hoc-karaktär än strukturerat och systematiskt. Vidare förefaller det som att en enhetlig metod och systematik för förbättringsarbete saknas eller i varje fall inte är allmänt känt inom verksamheten. Helseplan gör bedömningen att verksamheten skulle stärkas av ett mer strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt i förbättringsarbetet i tillägg till de goda idéer som finns och implementeras i verksamheten. Med strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt menar vi att arbetet ska planeras, genomföras, analyseras/utvärderas för att därefter kunna agera för att förbättra resultaten. Helseplan gör bedömningen att det framförallt finns brister i faserna analysera/utvärdera och att kliniken därmed inte alltid agerar utifrån rätt information.

Helseplans bedömning är att ögonsjukvårdens problem till stor del beror på att verksamhetens uppdrag har ökat snabbare än dess kapacitet. För att utöka verksamhetens kapacitet behöver antingen nya resurser tillsättas eller befintliga resurser frigöras. Helseplan bedömer att det finns flera förslag från medarbetare på kliniken som bör värderas och eventuellt utredas ytterligare alternativt testas. Helseplan bedömer också att redan befintliga arbetssätt bör omprövas genom att studeras och utvärderas.

Helseplan bedömer att det bör utvärderas om de rutiner och processer som används vid bemanning kan göras mer långsiktigt ändamålsenliga. Detta kan exempelvis innebära att

säkerställa samplanering mellan olika yrkesgrupper och typer av verksamheter så att rätt personalgrupp finns på plats vid exempelvis mottagningspass så att dessa blir effektiva för patienten. Det kan också handla om att jämna ut bemanning (exempelvis av deltidsanställda) så att en jämn bemanning uppnås både vad gäller antal personer och utifrån vilken kompetens som behövs. Enligt vår bedömning kan det krävas stöd från verksamhetsutvecklare eller HR för att kliniken ska kunna genomföra en sådan förändring med tanke på den ansträngda situation som verksamheten befinner sig i.

Helseplan bedömer att det bör utredas om verksamheten i högre grad kan tydliggöra gränssnittet gentemot andra vårdgivare och vårdnivåer. Ett exempel är att styra upp remisshanteringen från exempelvis primärvård och optiker genom tydliga överenskommelser om vilka undersökningar som ska ha varit gjorda samt vilka indikationer som krävs för remiss till specialistvården. Det kan också vara aktuellt att se över återbesöksfrekvensen hos klinikkens läkare för att enas om rätt frekvens givet respektive patients risker samt respektive läkares behov av att bygga upp erfarenhet och kunskap. Denna typ av åtgärder bör fortlöpande följas upp och utvärderas för att kunna vidmakthållas och utvecklas över tid.

Helseplan gör också bedömningen att det bör utredas om det finns skäl att samla ihop patienter som sannolikt innefattas av samma patientgrupp för att uppnå större mått av kontroll eller samordningsfördelar. Det är dock väsentligt att en sådan gruppering inte orsakar längre väntetider eller skapar organisatoriska hinder för ett smidigt samarbete inom kliniken.

Helseplan bedömer att Landstinget Dalarnas ögonsjukvård arbete med task shifting löpande bör utvärderas för att säkerställa att resurserna används på rätt sätt. Detta ger underlag för verksamhetschefen att bedöma om ytterligare omfördelning av arbetsuppgifter kan och bör ske. Sådan delegering ska alltid vara baserad på reell kompetens, d v s utifrån vad respektive individ klarar av att hantera och fått utbildning för.

Bedömningar och slutsatser rörande personalkapacitet - och kompetensbrist hanteras under kapitel 4 Kompetensförsörjning.

6.2.2. Fördelningen mellan egen verksamhet och externa aktörer

Helseplan bedömer att frågan om fördelning mellan egen verksamhet och externa aktörer är avgränsad till de kataraktoperationer som i dagsläget köps av Capio. Övrig fördelning kan inte ögonsjukvården i Landstinget Dalarna direkt styra över. Enligt vår bedömning är det en korrekt målsättning att på sikt klara uppdraget inom ramen för egna resurser eftersom det är väsentligt att verksamheten i möjligaste mån sker i egen regi för att skapa en trygg bas för utbildning och fortbildning. Helseplan bedömer också att det ligger i ögonsjukvårdens och Landstinget Dalarnas intresse att utvärderingen av de kliniker till vilka vårdgarantipatienter skickas inkluderar ekonomiska- och kvalitetsaspekter.

7 Rekommendationer

Rekommendationer rörande kapitel 3, styrning och ledning:

Helseplan rekommenderar att den löpande dialogen mellan den politiska styrningen och ögonsjukvården fortsätter i syfte att säkerställa att landstingets centrala funktioner även i fortsättningen tar sitt ansvar för att stötta ögonsjukvården att klara sitt ökande åtagande.

Helseplan rekommenderar att ögonsjukvården arbetar aktivt med produktions- och kapacitetsplanering som ett planerings och uppföljningsinstrument.

Helseplan rekommenderar landstinget att säkerställa att ögonkliniken får tillgång till dataunderlag och analyskompetens med syfte att säkerställa att verksamhetsbeslut fattas utifrån korrekt och fullständig information. Lättillgänglig statistik och underlag utgör en förutsättning för välinformerade beslut och därigenom god styrning och ledning.

Helseplan rekommenderar att det bör finnas en plan för regelbunden uppdatering/genomgång av samtliga vårdplaner för ögonsjukvården, exempelvis med ett intervall på tre till fyra år. Detta för att säkerställa att dokumenten är aktuella samt att med jämna mellanrum säkerställa tillämpningen av vårdplanerna. Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att i samband med uppdatering säkerställa att styrdokument för glaukom inkluderar övergripande riktlinjer för kontrollintervall avseende när olika glaukomtyper bör kontrolleras efter de inledande åren räknat från diagnosticering.

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortlöpande säkerställa en samlad överblick över kösituationen för landstingets ögonsjukvård i sin helhet. Arbetet på respektive mottagning och enhet behöver samordnas för att skapa en gemensam och överblickbar förståelse för landstingets kösituation.

Rekommendationer rörande kapitel 4, kompetensförsörjning:

Helseplan rekommenderar att verksamheten formaliserar och löpande följer upp den långsiktiga kompetensförsörjningsplan som man arbetar med. Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att se över möjligheterna till ytterligare proaktivt rekryteringsarbete samt med stöd av landstingets politiska och tjänstemannaledning arbeta för att attrahera arbetskraft på både kort och längre sikt. Vi vill även betona att den viktigaste basen för läkarrekryteringen är de AT-läkare som tjänstgör i Dalarna, och rekommenderar ögonsjukvården att aktivt fånga upp intresserade AT-läkare och läkarstuderande i den mån detta inte görs idag.

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta och vidareutveckla det goda arbetet rörande task shifting och delegering av arbetsuppgifter där detta vid utvärdering visar sig vara effektivt.

Rekommendationer rörande kapitel 5, Skäliga väntetider och patientsäkerhet:

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta det arbete som nu sker inom verksamheten med avseende på strukturerad och samlad genomgång av väntelistorna. Ett sådant arbete menar vi skulle ge förutsättningar för en medveten och god prioritering av patienter och patientgrupper baserat på medicinskt behov och därigenom en och därigenom en ökad patientsäkerhet. Det skulle även kunna bidra till en förbättrad arbetsmiljö genom bättre stringens och större transparens vad gäller planering av och faktiska väntetider.

Rekommendationer rörande kapitel 6, patientflöden – kapacitet och effektivitet:

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att införa ett mer strukturerat och systematiskt förbättringsarbete, främst avseende analys/utvärdering av den befintliga verksamheten och förändringar och förbättringar. Helseplan menar att detta skulle vara till gagn för verksamheten med syfte att optimera patientflödena och användandet av befintlig kapacitet i form av personal och kompetens. Ett sådant strukturerat arbetssätt skulle också kunna tillämpas för att undersöka, testa, genomföra och utvärderade ytterligare idéer till förbättringar som finns hos ledningen och i verksamheten.

Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta sitt arbete med att på lång sikt i egen regi kunna hantera så mycket som möjligt av ögonsjukvårdens åtagande. Helseplan rekommenderar ögonverksamheten att fortsätta den planerade nybyggnationen av lokaler för makulaverksamheten för att därigenom frigöra tid i operationssalarna samt möjliggöra ett mer effektivt utnyttjande av andra resurser, främst personal.

Helseplan rekommenderar också att den utvärdering som görs för vårdgarantipatienter inkluderar ekonomiska och kvalitetsaspekter.