

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Beslutad av: Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Diarienummer: HS 2021-00154-12

Datum: 2022-06-30

Rapport

Genomlysning av ögonsjukvården i Västra Götalandsregionen 2022

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	5
2.1	Bakgrund.....	5
2.2	Uppdrag.....	5
2.3	Ögonverksamheten.....	6
2.3.1	Verksamhetens uppbyggnad	6
2.3.2	Patientbesök	7
3	Resultat och diskussion.....	8
3.1	Behovet av ögonsjukvård i Västra Götalandsregionen	8
3.1.1	Ökande invånarantal	8
3.1.2	Injektionsverksamheten	9
3.1.3	Kataraktoperationer.....	10
3.1.4	Barnögonsjukvård	11
3.1.5	Högspecialiserad vård	13
3.2	Lokaler och utrustning	14
3.2.1	Lokalförsörjning.....	14
3.2.2	Maskinteknisk utrustning.....	15
3.3	Kompetensförsörjning.....	15
3.3.1	Kompetenskartläggning	15
3.3.2	Personalomsättning	16
3.3.3	Kompetensväxling	18
3.4	Produktivitet och nyttjande av köpt vård	19
3.5	Omställningen inom hälso- och sjukvården.....	20
3.5.1	Nära vård.....	20
3.5.2	Koncentrerad vård.....	20
3.5.3	Digitalisering.....	21
3.5.4	Samverkan mellan förvaltningarna	22
3.6	Forskning och utbildning	22
3.7	Jämförelse med andra regioner i Sverige.....	23

4	Analys och slutsatser.....	24
4.1	Samordningsråd ögons åtgärder.....	24
4.1.1	Barnögonsjukvård	24
4.1.2	Lokaler och utrustning	25
4.1.3	Kompetensförsörjning.....	25
4.1.4	Produktivitet och nyttjande av köpt vård	25
4.1.5	Digitalisering.....	26
4.1.6	Samverkan mellan förvaltningarna	26
4.1.7	Forskning och utbildning	26
4.2	Åtgärder utanför samordningsråd ögon	26
4.2.1	Injektionsverksamheten	26
4.2.2	Kataraktoperationer.....	27
4.2.3	Barnögonsjukvård	27
4.2.4	Lokaler och utrustning	27
4.2.5	Köpt vård.....	27
4.2.6	Utökat vårduppdrag för ögonsjukvården	28
4.2.7	Kompetensförsörjning.....	28
4.2.8	Digitalisering.....	29
4.2.9	Samverkan mellan förvaltningarna	29
5	Källor	30

1 Sammanfattning

Genomlysning initierades med anledning av en IVO-rapport som hanterade ett flertal Lex Maria-anmälningar inom ögonsjukvården i Västra Götalandsregionen (VGR) rörande vårdskador som lett till bestående synnedläggelse på grund av otillräcklig tillgänglighet. Uppdraget till genomlysningen gavs av hälso- och sjukvårdsdirektören. Samordningsråd ögon har kommit fram till följande slutsatser i genomlysningen:

- Ökande behov med växande befolkning och fler behandlingsmöjligheter.
- Lokaler och utrustning optimerade för verksamheten är en förutsättning för optimal produktion.
- Ett kraftigt ökat vårduppdrag krävs för ögonsjukvården och därmed betydligt mer resurser.
- Den upphandlade vårdens avtal behöver förändras och optimeras i dialog med samordningsråd ögon.
- Forskning och utbildning inom ögonsjukvården behöver prioriteras högre i VGR för att tillgodose kompetenskraven.
- Digitaliseringen kan ha begränsade möjligheter inom ögonsjukvården och bör utvecklas med hänsyn till ögonsjukvårdens specifika behov.
- Samtliga beslut och förändringar ska styras av behovet av en långsiktig stabilitet i verksamheten.
- Omställningen till nära vård och koncentration av vård kan inte drivas ytterligare på grund av det krav på kompetens och utrustning som är en förutsättning för ögonsjukvård och som bara kan erbjudas av ögonklinikerna.

2 Inledning

Rapporten innehåller en sammanställd genomlysning av ögonsjukvården som hälso- och sjukvårdsdirektören har gett samordningsråd ögon i uppdrag att göra, med anledning av långvarigt bristfällig tillgänglighet. I rapporten diskuteras dess bakgrund och orsaker samt redovisas förslag till åtgärder som bäst anses bidra till att lösa problematiken och resultera i en god ögonsjukvård tillgänglig för invånarna.

2.1 Bakgrund

Ögonsjukvården i VGR har under lång tid haft betydande utmaningar med kompetensförsörjning och tillgänglighet för patienterna. Flera försök till förbättring har gjorts inklusive upphandlingar av köpt vård och den kartläggning som före detta sektorsråd ögon gjorde av situationen för de kroniskt ögonsjuka patienterna. Trots det har situationen inte förbättrats i tillräcklig utsträckning. Problematiken är komplex med många ingående orsaks- och beroendesamband, och därför fanns behov av en övergripande genomlysning för att beakta helheten av ögonsjukvårdens problematik och inte adressering av delorsaker separat.

IVO gjorde en regional verksamhetstillsyn på grund av 15 Lex Maria-anmälningar och en stor mängd avvikelser med vårdskador, huvudsakligen skador i form av bestående synned sättningar som uppstått på grund av otillräcklig tillgänglighet till ögonsjukvård. Tillsynen avslutades 2019 och visade på behovet av en övergripande genomlysning av problematiken.

2.2 Uppdrag

Samordningsråd ögon är en regionövergripande grupp inom hälso- och sjukvård med uppgift att leda och samordna det koncerngemensamma arbetet inom ansvarsområdet ögonsjukvården VGR. Rådet ska även vara stöd/referensgrupp till koncernledning hälso- och sjukvård och utifrån ett regiongemensamt perspektiv bidra till jämlik vård, kvalitet och resurseffektivitet. I samordningsrådet ingår följande personer:

- Anna Toftgård, läkarchef, Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), ordförande
- Marie Hufvudsson, verksamhetschef, Skaraborgs Sjukhus (SKaS)
- Martin Thiel, verksamhetschef, NU-sjukvården (NU)
- Madeleine Zetterberg, verksamhetschef, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)
- Susanna Olsson, sektionschef, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Linda Dyrendahl, koordinator, Koncernkontoret.

Samordningsråd ögon fick 2021-03-18 i uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström att utföra en genomlysning av ögonsjukvården i VGR. Syftet är att kartlägga befintliga utmaningar inom ögonsjukvården och ge förslag till åtgärder för att på kort och lång sikt kunna erbjuda tillgänglig ögonsjukvård av god kvalitet som skapar mesta möjliga värde för befintliga resurser. Följande ska särskilt beaktas:

- Kompetensförsörjningen för samtliga professioner inom ögonsjukvården
- Resurssamverkan mellan förvaltningarna
- Produktivitet samt nyttjandet av köpt vård i förhållande till uppdraget i sin helhet över tid.

Uppdraget utgår från ett helhetsperspektiv med fokus på behovet av en långsiktig stabilitet i verksamheten. Digitaliseringens möjligheter ska tas tillvara liksom övriga delar av omställningen som nära vård och koncentration av vård. Forskning och utbildning utgör centrala delar i det sammanlagda vårduppdraget och ska därför också beaktas.

2.3 Ögonverksamheten

2.3.1 Verksamhetens uppbyggnad

Ögonsjukvården i VGR bedrivs inom dessa sjukhusområden och orter:

- NU – Uddevalla
- SÄS – Borås, Alingsås och Skene
- SU – Göteborg, Mölndal och Kungälv
- SkaS – Skövde, Mariestad, Lidköping och Falköping.

Majoriteten av ögonsjukvården utförs inom öppenvården och endast en mycket liten andel är slutenvård. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en ögonspecifik slutenvårdsavdelning och övriga ögonkliniker i regionen lånar sängplatser på avdelningar inom andra specialiteter inom respektive sjukhus.

Inom ögonsjukvården finns flertalet subspecialiteter vilket innebär olika diagnosspecifika mottagningar som exempelvis mottagning för retina (näthinnesjukdomar), mottagning för glaukom (grön starr) och ortoptistmottagning. Ögonkirurgi utförs vid samtliga av ögonkliniker exempelvis kataraktkirurgi (grå starr), glaukomkirurgi, ögonplastikkirurgi och skelningskirurgi. Vid ögonkliniken på SU utförs även specifik kirurgi som exempelvis kataraktkirurgi hos barn och retinakirurgi.

Jourverksamhet ingår dygnet runt i alla ögonklinikernas verksamhet och då huvudsakligen som beredskapsjour. Utbildning av nya ST-läkare inom ögonspecialiteten och kandidater från läkarutbildningen ingår också.

Ögonsjukvården tar dagligen emot ett stort antal remisser. Enbart ögonkliniken på Södra Älvsborg Sjukhus tog emot cirka 900 remisser per månad 2018 och 2019 medan remissinflödet under 2020 och 2021 var lägre uppskattningsvis på grund av Covid-19-pandemin. En stor del av remisserna kommer från regionexterna optiker och övriga huvudsakligen från skolhälsovården i Västra Götalands kommuner, VGR-interna och privata vårdcentraler, ögonkliniker och andra specialiteter på sjukhusen i VGR samt patienterna.

2.3.2 Patientbesök

Ett patientbesök inom ögonsjukvården går i regel till på samma sätt och kan ske i upp till cirka nio steg. Besöket börjar vanligen hos en undersköterska, sjuksköterska, ögonsjuksköterska eller optiker för mätning av glasögonstyrka i en undersökningsapparat. I steg två mäts synfelet i ytterligare en undersökningsapparat. I steg tre mäts synen och ögontrycket kontrolleras i ett annat undersökningsrum. Vid flertalet diagnoser och frågeställningar krävs undersökningar i ytterligare en till två undersökningsapparater som finns i separata undersökningsrum. Patienten får ofta pupillvidgande droppar och behöver vänta 20–40 minuter i klinikens väntrum innan nästa undersökning. I steg fyra undersöks patienten av ögonläkare i ett nytt undersökningsrum. Därefter kan kompletterande undersökningar behöva utföras i redan använda eller nya undersökningsrum. Allt behöver synkroniseras och undersökningsrummen bör vara optimalt placerade i förhållande till varandra och väntrummen, för att främja höga patientflöden och god arbetsmiljö.

Ett besök inom ögonsjukvården innebär således många aktiviteter i olika rum med varierande typer av teknisk utrustning, olika kompetenser hos personalen, höga patientflöden, krav på god logistik och tillgänglighet för den maskinpark som används i verksamheten. Ögonsjukvården skiljer sig därmed från många andra specialiteter genom att patientbesöken är komplexa.

3 Resultat och diskussion

3.1 Behovet av ögonsjukvård i Västra Götalandsregionen

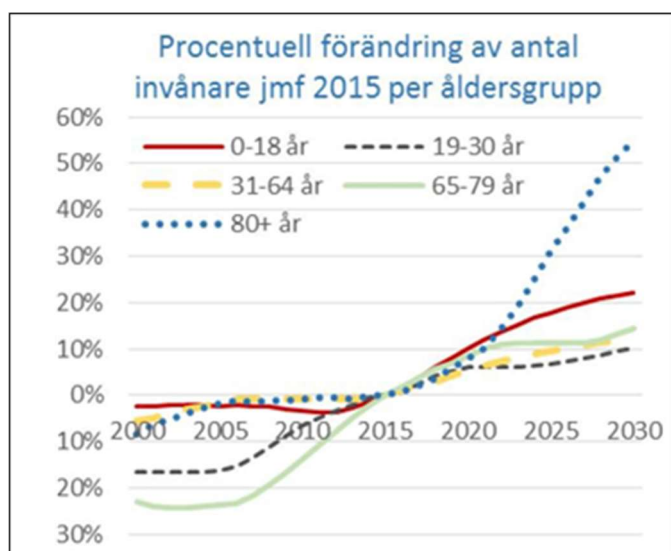
Västra Götalands invånarantal ökar stadigt varje år och därmed antalet patienter inom ögonsjukvården, främst barn och äldre personer. Tillsammans med nya resurskrävande behandlingar resulterar det i att ögonsjukvårdens nuvarande resurser inte räcker till. Resultatet är växande köer med fördröjda kontroller och behandlingar med risk för bestående synnedläggelse. Köerna med både barn och vuxna har nått kritiska nivåer trots åtgärder.

3.1.1 Ökande invånarantal

Den stora patientgruppen inom ögonsjukvården utgörs av äldre personer 65+ eftersom de vanligaste sjukdomarna är åldersrelaterade. Hit hör katarakt, glaukom och åldersförändringar i gula fläcken. Eftersom befolkningen lever allt längre ökar antalet äldre med behov av ögonsjukvård i samma omfattning.

År 2015 fanns det ca 83 500 invånare i åldern 80 år eller äldre i Västra Götaland. Antalet beräknas öka med 50 procent till 129 500 invånare 2030 (Figur 1). Antalet barn (0–18 år) ökar också mycket. Ökningen beräknas till cirka 23 procent 2030 (Figur 1).

Figur 1. Befolkningsfördelning i VGR år 2000–2030 ([SCB 2022](#)).



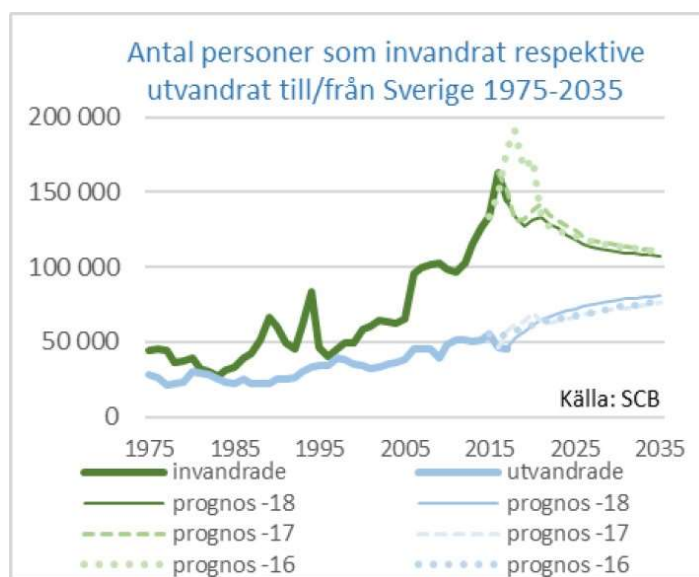
I stora drag drabbar ögonsjukdomar barn och äldre 65+ år med ett glapp omfattande gruppen vuxna i arbetsför ålder. Bland barn dominerar behandlingar för att säkerställa normal synutveckling exempelvis lappbehandling, skelningskirurgi och glasögonförskrivning. Särskilt resurskrävande vård behöver de för tidigt födda barnen som kan drabbas av näthinneförändringar, så kallad Retinopathy of Prematurity (ROP).

Västra Götalands befolkning förväntas växa till drygt 1,9 miljoner invånare år 2035. Det innebär minst 226 000 fler invånare 2035 jämfört med 2017.

Invandringen står för en stor del av befolkningsökningen (Figur 2).

Av de invandrade invånarna kommer en del från länder där ögonsjukvården är eftersatt eller otillgänglig. Det innebär att fler invånare har utvecklat allvarliga former av behandlingskrävande ögonsjukdom.

Figur 2. Antal personer som invandrat respektive utvandrat till/från Sverige 1975–2035 (SCB.se 2022).



3.1.2 Injektionsverksamheten

Samtidigt som invånarantalet ökat har ögonsjukvården utvecklats i takt med att forskningen gjort framsteg. Det har lett till att stora grupper av patienter nu är aktuella för behandling som inte fanns tidigare. Ett exempel är injektionsverksamheten som introducerades år 2007 som ny behandling för enstaka diagnos och omfattar i dag behandling av flera tillstånd. Injektioner i ögats glaskropp (intravitrealinjektioner) är en metod för behandling av sjukdomstillstånd i näthinnan och då huvudsakligen för tillstånd av svullnad i gula fläcken. I behandlingen räcker inte en enstaka injektion utan varje patient får som uppstart en serie om tre till fyra injektioner över en tremånadersperiod.

Därefter behöver majoriteten av patienterna injektioner varje eller varannan månad under flera år och ofta under resten av livet. För positiva behandlingsresultat krävs att behandlingen börjar i tid innan synen hunnit bli alltför påverkad, och att rätt tidsintervall hålls mellan injektionerna.

Antalet ögon som injiceras har ökat för varje år och injektionsverksamheten tar nu en stor del av de resurser inom ögonsjukvården i anspråk, vilka tidigare gick till annan ögonsjukvård. Exempelvis gavs på SU totalt 83 injektioner år 2007 jämfört med 9487 injektioner år 2020. I hela VGR ökade antalet injektioner med 59 procent till 20 391 injektioner 2016–2019. Trots att år 2020 var drabbat av Covid-19-pandemin skedde viss ökning. Samordningsråd ögon bedömer att injektionstakten fortsätter öka efter pandemin.

De ständigt växande injektionsverksamheten leder till att andra ögon diagnoser prioriteras ner när ögonklinikerna tvingas att prioritera injektionsverksamheten eftersom injektionerna inte kan vänta. Nedprioriteringen drabbar patienter med exempelvis glaukom och diabetes. De löper risk för bestående synnedsättning eller blindhet på längre sikt, men blir nedprioriterade eftersom de har ett långsammare sjukdomsförlopp. Det är ohållbart då det leder till svåra oåterkalleliga skador hos dessa patienter över tid.

3.1.3 Kataraktoperationer

Antalet utförda kataraktoperationer i Sverige 2019 var 131 015 och 2020 var antalet 115 746 ([rcsyd.se 2022](https://rcsyd.se)) och samordningsrådet bedömer minskningen som tillfällig på grund av Covid-19-pandemin. I Västra Götaland utfördes år 2019 totalt 18 348 kataraktoperationer och 2020 var siffran 13 816 ([regionfakta.com 2022](https://regionfakta.com)). Med 1,74 miljoner invånare i VGR och 10,45 miljoner i hela landet ([rcsyd.se 2022](https://rcsyd.se)), uppskattar samordningsrådet att det årliga behovet i VGR är uppemot 21 800 kataraktoperationer.

Katarakt är något som alla människor får från medelåldern och uppåt, men det föreligger inte alltid symtom eller behövs en kataraktoperation. Det är en botbar diagnos där tidpunkten för operation ofta inte har betydelse för slutresultatet. Det skiljer sig från många andra ögon diagnoser som behöver omhändertas skyndsamt exempelvis åldersrelaterad makuladegeneration (AMD), och glaukom som utan vård försämras oåterkalleligt.

Behovet av operation hos den enskilde patienten beror på flera faktorer, exempelvis synskärpa på det aktuella och andra ögat, besvär, annan ögonsjukdom, påverkan på bilkörning och yrkesutövning. Själva tillståndet katarakt är i det långa perspektivet inte synhotande, och det är sällan brådskande att åtgärda utifrån medicinskt perspektiv.

För att öka tillgängligheten för patienter med exempelvis glaukom, näthinnesjukdomar och för barnögonsjukvård så behöver VGR begränsa den

totala volymen kataraktoperationer som utförs av både regionala och privata klinker. Det är det medicinska behovet av kataraktoperation hos patienten som ska avgöra om kataraktoperation ska utföras.

I Sverige och många andra delar av världen är det vanligt att eftersträva operation av båda ögonens katarakt samma dag, när båda ögonen behöver opereras och de medicinska förutsättningarna finns (eyefoundationcanada.ca 2022).

Operationerna är då helt skilda åt med skillnaden att patienten inte behöver lämna operationssalen mellan operationerna. Vinsten är minskad väntetid och ibland minskat lidande för patienten genom att hen slipper upp till flera veckors väntetid mellan operation av första och andra ögat. Patienten kan återhämta sig direkt på båda ögonen efter operationerna. Det ökar även produktionen och minimerar administrationen exempelvis genom att endast en kallelse skickas till båda ögonens operationer,

Alla förvaltningar inom VGR utbildar nya kataraktkirurger vilket gör dem attraktiva för ST-läkare. Utbildningen är dyr och kräver stora resurser.

Eleven behöver under ett halvt år en dags upplärning per vecka under handledning av erfaren kirurg tills eleven behärskar operationens alla steg. Det tar ofta 6–12 månader tills eleven kan operera självständigt med låg takt och under stöd av handledare. Ofta behövs ytterligare 1–2 år tills den nyutbildade kan operera svårare fall och uppnått tillfredsställande produktionstakt. Att bli riktigt erfaren kataraktkirurg kräver vanligen ytterligare 2–3 års kirurgisk verksamhet.

Eleven behöver börja med de förmodat enkla operationerna, men ofta är det dessa som avropas till upphandlad vård. Den stora andelen svåra kataraktoperationer som kvarstår hos ögonklinikerna utgör hinder för att utbilda nya kirurger.

Behovet av nya kirurger är samtidigt stort då flertalet erfarna kataraktkirurger i stället tagit anställning hos upphandlad privat vårdgivare där de i stor utsträckning diagnosticerar och opererar katarakt. Det medför brist på erfarna kataraktkirurger på förvaltningarna vilket också utgör hinder för utbildning av nya kirurger.

Kataraktverksamheten är essentiell för alla förvaltningar för att behålla sin attraktivitet vid rekrytering och för att hålla en hög produktionstakt av kataraktoperationer i både lokal och generell anestesi. Det är därför viktigt att den upphandlade vården förändras och att utbildningen av nya kirurger säkerställs på ögonklinikerna.

3.1.4 Barnögonsjukvård

Invånarnas behov av ögonsjukvård i kombination med utökade behandlingsmöjligheter har orsakat undanträngningseffekter även inom barnögonsjukvården. Patientköerna är nu uppe i kritiska nivåer som inte är förenliga med patientsäkerhet. Exempelvis står 5000 barn i kö hos Sahlgrenska

Universitetssjukhuset med upp till två års väntetid och vid övriga förvaltningar upp till ett år.

Den upphandlade ögonsjukvården är inte till stor hjälp eftersom kompetensen inom barnögonsjukvård vanligen saknas. Barnpatienterna är också mindre attraktiva hos de upphandlade vårdgivarna, exempelvis på grund av att de oftare uteblir från besök och tar mer tid i anspråk under det. Det är brist på barnoftalmologer och ortoptister i VGR och resten av Sverige, samt svårt att få ST-läkare att välja barninriktning. De nu orimligt långa köerna medför risk att barn inte får behandling för botbara tillstånd. Ett barn med skelning eller synfel som inte behandlas i tid riskerar att aldrig få full syn på ett eller båda ögonen.

Det är inom barnögonsjukvården vanligt att patienterna och deras vårdgivare missar sin tid till besök eller operation, vilket är kostsamt för ögonklinikerna och negativt för tillgängligheten. Det vill samordningsrådet arbeta vidare med för att lösa exempelvis genom samverkan med samordningsråd barn vilket har erfarenhet av samma problem. AI och Innovationsplattformen kan också vara till hjälp i arbetet.

Syncentralen inom Habilitering & Hälsa gör insatser vid exempelvis synnedsättning hos barn. Ögonklinikerna är beroende av ett välfungerande samarbete med Syncentralen. Syncentralens remisskriterier behöver omarbetas i samråd med ögonklinikerna eftersom kriterierna tolkas lite olika, inte minst i Göteborgsområdet.

Det krävs fler åtgärder och för att komma till rätta med barnögonsjukvårdens patientosäkra köer behövs ett utökat vårduppdrag. Ökade resurser behövs för att rekrytera och utbilda den personal som krävs för att omhänderta barnpatienterna. Samordningsrådet bedömer att försök till upphandling av mer barnögonsjukvård, kommer att påverka tillgängligheten negativt. I stället behöver ögonklinikerna locka tillbaka och utbilda ortoptister, ögonsjuksköterskor och barnoftalmologer. Det är också viktigt för att forskning ska kunna fortsätta bedrivas inom barnögonsjukvården vid våra förvaltningar.

Inom barnögonsjukvården i VGR finns en verksamhet som arbetar med näthinnesjukdom hos för tidigt födda barn, Retinopathy of Prematurity (ROP). Neonatalvården och vården av gravida har gjort enorma framsteg de senaste tio åren. Det har lett till att för tidigt födda barn överlever vid allt tidigare gestationsålder. Barn födda innan eller i vecka 30 genomgår numera en obligatorisk ögonbottenundersökning, det vill säga en screening. Ju mer prematura barnen är desto högre är risken för att barnen ska drabbas av mer behandlingskrävande näthinneförändringar. ROP är en potentiellt synhotande komplikation som obehandlad kan leda till näthinneavlossning och total blindhet.

Inom VGR finns en mycket välfungerande organisation för att ta hand om ROP. Där sker screeningen vid samtliga ögonkliniker medan behandlingen är centrerad

till SU. De för tidigt födda barnen är så sköra att de inte kan flyttas till annan ögonklinik enbart för screeningundersökning. Behandlingen utgörs i majoriteten av fallen av en laserbehandling av näthinnan och sedan ett antal år kompletteras den vid behov med injektionsbehandling i ögat. I enstaka fall av svår ROP är konventionell kirurgi aktuell.

Under perioden 2016 till 2020 har det genomförts 97 ROP-behandlingar på SU och man räknar med ett snitt på 20 barn per år. Jämfört med hela Sverige har SU bra resultat av sina behandlingar vilket åskådliggörs genom en låg återbehandlingsfrekvens. VGR har därför ansökt om att få tillstånd att bedriva Nationell Högspecialiserad Vård (NHV) inom prematuritetsretinopati och därmed få ansvar för att de generella och särskilda villkoren förknippade med tillståndet uppfylls. Om NHV-tillstånd beviljas beräknas antalet behandlade barn per år på SU öka till 30–32 barn årligen. Den organisation som krävs för att skala upp verksamheten finns redan, men det är viktigt att VGR:s övriga ögonverksamheter inte tar de resurser som behövs till vården av ROP-barn och att den framtida bemanningen och utbildningen säkras.

3.1.5 Högspecialiserad vård

Ovan nämnda sjukdomstillstånd är bara ett axplock av de många tillstånd som ögonverksamheten behöver behandla och följa upp. Injektionsverksamheten är i särklass den verksamhet som vuxit mest det sista decenniet.

Inom VGR och SU finns förutom vården för ROP, ytterligare ett antal högspecialiserade team som tillgodoser hela Västsverige och ibland även hela riket. Här finns en välfungerande verksamhet för hornhinnetransplantationer med tillhörande hornhinnebank. Som ett av två centra i Sverige bedriver SU operation av katarakt hos barn. Det finns en välutvecklad sektion för näthinnekirurgi som tar hand om akuta och planerade näthinneoperationer. Glaukomkirurgisk och ögonplastikkirurgisk kompetens för specifika ingrepp, har också koncentrerats till SU, liksom en sektion för utredning av ärftliga näthinnesjukdomar med en elektrofysiologisk enhet för barn. Ögontumörer hos både barn och vuxna handläggs av ett speciellt tumörteam på SU, som samarbetar med S:t Eriks ögonsjukhus i Stockholm där själva behandlingen sker. På SU finns också en neurooftalmologisk mottagning och uveaeenheten utreder och behandlar svåra fall av inflammationer.

3.2 Lokaler och utrustning

3.2.1 Lokalförsörjning

Med ett ökande behov av ögonsjukvård följer ett ökande behov av ändamålsenliga lokaler. Lokalerna behöver exempelvis bestå av mörkerrum, rum med mycket ljus, tillräckligt stora rum, välventilerade rum och inte värmealstrande rum.

För stora och effektiva patientflöden krävs lättillgängliga rum. Det innebär centralt belägna rum som är tillgängliga för många anställda och patienter i de många undersökningsstegen. Inom ögonsjukvården behöver även vissa väntrum vara centralt placerade och andra i anslutning till specifika enheter som exempelvis ögonoperationsenheter och barnverksamhet. Väntrummen behöver även vara dimensionerade för ett stort antal patienter på grund av ögonområdets höga patientflöden. Ett flödesexempel är injektionsverksamheten vars patienter är bokade var femte minut. Sedan ett antal år begränsas produktionen, tillgängligheten, arbetsmiljön försämras eller personalresurserna kan inte nyttjas fullt ut inom alla ögonklinikerna, eftersom lokalerna inte är ändamålsenliga, tillräckligt stora eller anpassade för det faktiska och ökande behovet.

NU-sjukvården har mottagning på en ort:

- Uddevalla – den 22 år gamla operationsavdelningen behöver byggas om eftersom den inte är tillräckligt funktionell. Fler förråds- och personalutrymmen behövs samt större utrymme där patienterna förbereds vilket kan optimera patientflödet.

Skaraborgs Sjukhus har mottagning på fyra orter:

- Skövde (största mottagning) – nybyggda lokaler men totalt sett för få i förhållande till produktionsmål. För närvarande är dock antalet lokaler tillräckliga eftersom ögonklinikerna inte är fullt bemannad och köper mycket vård.
- Lidköping (näst största mottagning) – brist på lokaler om verksamheten ska utökas i framtiden för att möta produktionsbehov.
- Mariestad – bra tillgång på lokaler i förhållande till aktuell och planerad produktion.
- Falköping – bra tillgång på lokaler i förhållande till aktuell produktion. Finns möjligen utrymme för något ökad produktion.

Södra Älvsborgs Sjukhus har mottagning på tre orter:

- Borås (största mottagning) – har sedan flera år stora problem med för små lokaler som heller inte är ändamålsenliga. Det saknas ett stort antal administrativa platser för vårdadministrativa sekreterare och

specialistläkare, men även tillräckligt stora personalutrymmen, antal väntrum, undersökningsrum och rum för maskinteknisk utrustning.

- Skene (näst största mottagning) – tillräckligt stora och ändamålsenliga lokaler för den aktuella produktionen men otillräckliga vid utökad produktion och inköp av ytterligare maskinteknisk utrustning.
- Alingsås – har föråldrade lokaler som även blir otillräckliga vid utökad produktion och inköp av ytterligare maskinteknisk utrustning.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har mottagning på tre orter:

- Mölndal (störst mottagning) – för små lokaler som även är i dåligt skick. Sommartid kan inomhustemperaturen bli för hög vilket leder till att endast en av två injektionssalar kan användas. Kan bli fråga om skyddsstopp.
- Göteborg (näst största mottagning), Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Drottning Silvias barnsjukhus – för små lokaler.
- Kungälv, Kongahälla Center – för små lokaler.

De planerade lokalerna på Högsbo Sjukhus uppfattas att bli för få i förhållande till uppdraget.

3.2.2 Maskinteknisk utrustning

Den omfattande maskintekniska utrustningen är beroende av tillgången på ändamålsenliga lokaler för att möjliggöra hög produktion, ökad vårdkvalitet och tillgänglighet. Den tekniska utvecklingen går snabbt framåt inom ögondiagnostisk teknik och behandling och det är avgörande att ekonomiska resurser finns till inköp av utrustning. De resurserna är för närvarande alltför små.

3.3 Kompetensförsörjning

Med ett ökande behov av ögonsjukvård följer ett ökat behov av personal med rätt kompetens. Rätt kompetens innebär att patienten blir omhändertagen på lämpligt sätt från första kontakt, där informationen blir korrekt och vidare till besök där behandling kan startas utan dröjsmål. Det bidrar till en patientsäker vård och ökad tillgänglighet.

3.3.1 Kompetenskartläggning

En kartläggning av befintlig personal på regionens ögonkliniker visar att stor personalbrist väntas de närmaste åren bland annat på grund av pensionsavgångar. Den nuvarande bristen på sjuksköterskor och ögonsjuksköterskor förväntas öka och stor rekrytering kommer att behövas. Ögonklinikerna erbjuder sjuksköterskor vidareutbildning till ögonsjuksköterska och operationssjuksköterska via befattningsutbildningar. De bekostas av klinikerna till största delen vilket medför att budget saknas för att anställa vikarier. Den nystartade ortoptistutbildningen på

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Göteborgs Universitet har underlättat rekryteringen av sjuksköterskor och optiker vilka får möjlighet att vidareutbilda sig till ortoptist.

Den nuvarande bristen på specialistläkare förväntas också öka. Eftersom det är svårt att rekrytera specialister har ögonklinikerna börjat rekrytera ST-läkare med många sökanden som resultat. Ögonklinikerna upplever utmaningar med att behålla ST-läkare efter specialistexamen, då en betydande andel söker anställning hos privata vårdgivare.

När de mest erfarna specialistläkarna går i pension försvinner viktiga handledarresurser, inte minst upplärning av nya kirurger som kräver lång erfarenhet. Även den samlade bakjournskompetensen riskerar att minska. Nyblivna specialistläkares arbete motsvarar heller inte den produktivitet som erfarna specialistläkare uppnår. Demografiskt bidrar den ökande andelen äldre och barn till ett kraftigt ökande behov av ögonsjukvård de närmaste åren. Redan nu råder brist på specialistläkare vilket gör att flera ögonkliniker är beroende av dyra kortsiktiga lösningar som att anställa hyrpersonal och timanställd pensionerad personal.

Rekrytering av sjuksköterskor, ögonsjuksköterskor och ortoptister är svårare än rekrytering av ST-läkare. Ett utökat vårduppdrag för ögonklinikerna och en förändrad upphandlad vård, kan öka möjligheten att behålla färdigutbildade ST-läkare och ortoptister samt rekrytera erfarna specialistläkare och ögonsjuksköterskor.

3.3.2 Personalomsättning

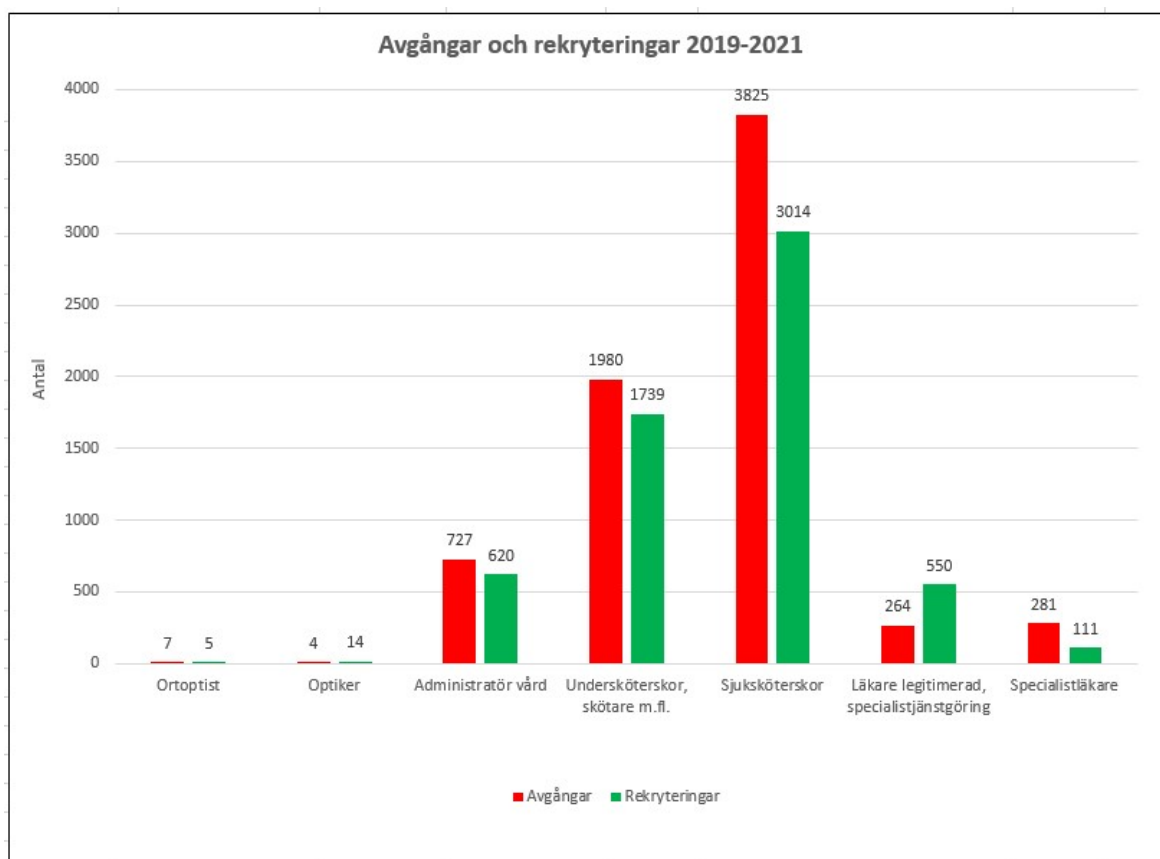
Under de senaste åren har det inom ögonklinikerna varit förhållandevis enkelt att rekrytera ST-läkare och det finns ett intresse för ögonspecialiteten hos yngre läkare. Det är dock svårt att behålla ögonspecialister över tid. Många ögonkliniker har en ett underskott av erfarna ögonspecialister och ett överskott på ST-läkare. Det råder en stor konkurrens mellan ögonklinikerna i VGR och landets övriga offentliga ögonkliniker samt den privata sektorn. Samma konkurrens finns om specialistutbildade ögonsjuksköterskor.

Noterbart är att en övervägande majoritet av de nyanställda ögonspecialisterna är nyutbildade ST-läkare från samma ögonklinik de anställts på. Det innebär att den faktiska kompetensförlusten är stor eftersom den seniora erfarenheten saknas. Samordningsrådets erfarenhet är att flertalet ögonspecialistläkare som slutar söker anställning inom privat ögonsjukvård och ett antal går i pension. Samma erfarenhet finns av det minskande antalet ögonsjuksköterskor där även byte till annan specialitet sker. Högre ersättning är en av anledningarna till att välja privata vårdgivare.

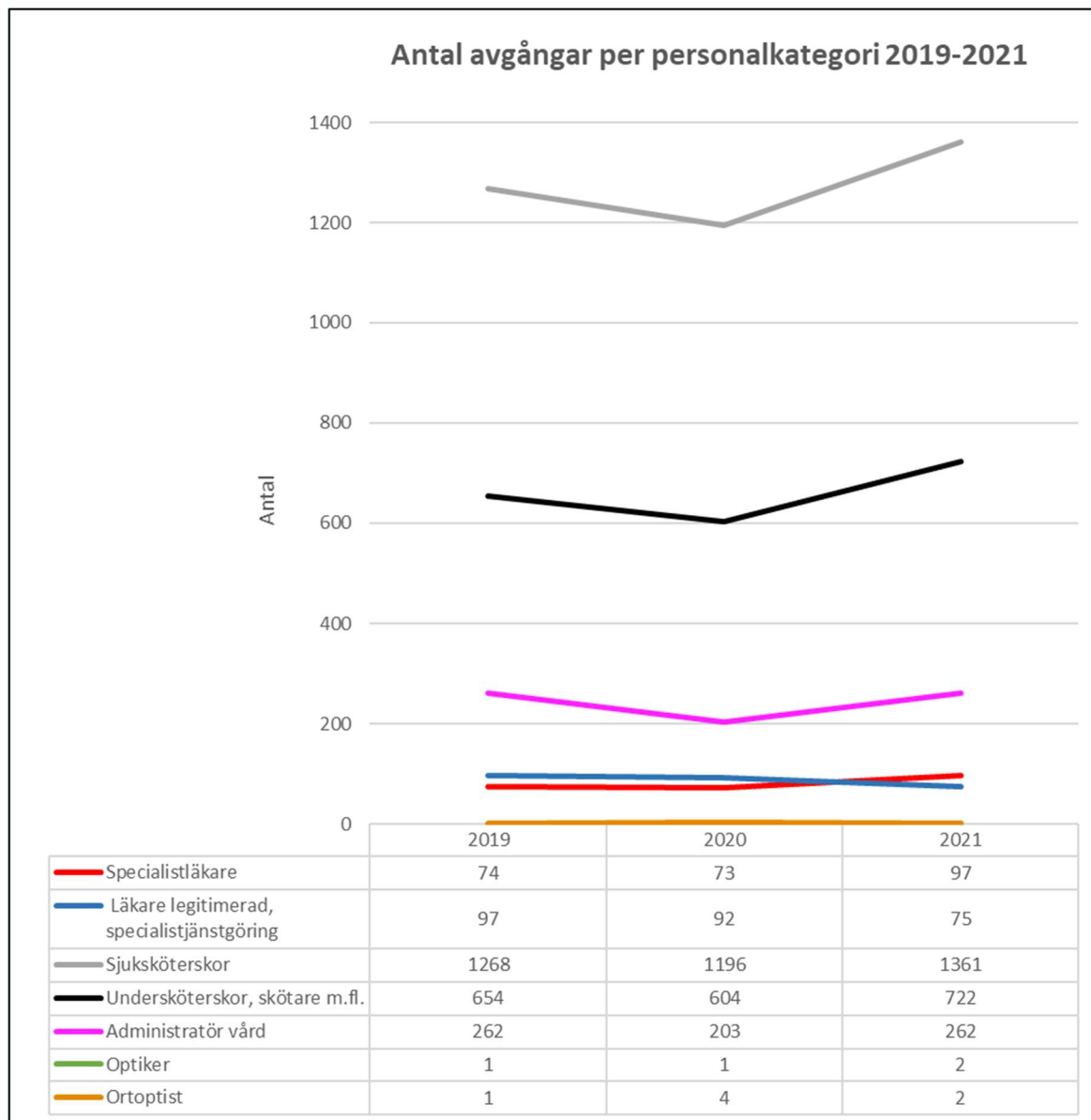
Antalet anställda som avslutat sin anställning på ögonklinik, och inte anställts på annan ögonklinik i VGR (extern avgång) gällande personalkategorierna

specialistläkare, sjuksköterskor, optiker, ortoptister, undersköterskor och medicinska sekreterare i alla åldrar, överstiger vida motsvarande antal regionexterna rekryteringar (Figur 3). Det skapar en stor förlust av kompetens och personalresurser (Figur 4).

Figur 3. Underlaget är baserat på antalet externa rekryteringar och avgångar i VGR (Källa Cognos Analytic 2022).



Figur 4. Underlaget är baserat på antalet externa rekryteringar och avgångar
(Källa Cognos Analytic 2022)



3.3.3 Kompetensväxling

Kompetensväxling har skett i samordningsrådets förvaltningar under den senaste femårsperioden. Syftet har varit att tillvarata spetskompetens hos personal som är svårrekryterad till ögonklinikerna. Det har främst resulterat i att fler undersköterskor har anställts för att till viss del kompensera bristen på ögonsjuksköterskor. Arbetsuppgift som att förbereda patienter för läkarbesök har överförs från ögonsjuksköterska till undersköterska, vilket har gett ögonsjuksköterskor mer tid för egen mottagning. Till viss del finns även brist på undersjuksköterskor. Ytterligare uppgifter har överförs från vårdpersonal till

administrativ personal vilket inneburit ökat behov av exempelvis medicinska sekreterare, vilka är något svårrekryterade. Ökad anställning av optiker kan också vara aktuellt för att avlasta ögonsjuksköterskor.

Det finns vissa utmaningar gällande lönenivån som generellt är betydligt högre i den privata sektorn, där de flesta optiker är anställda. En önskad kompetensväxling från läkare till sjuksköterska är injektion av läkemedel i ögats glaskropp. Eftersom tillgången på ögonsjuksköterskor är en svår utmaning och de behöver använda sin tid till egna sköterskemottagningar och läkarmottagningar, saknas ofta möjligheten för genomförandet.

En negativ konsekvens av kompetensväxling från läkare till sjuksköterska är att det administrativa arbetet för läkargruppen ökar i form av bedömning av resultat från sjuksköterskemottagningar. Det skulle underlätta att säkra att kompetens för ögonsjuksköterskornas bedömning av undersökningsresultat stärks genom utbildningsinsatser och handledning. Ytterligare konsekvens är att grundläggande uppgifter, exempelvis minskat underhåll av utrustning och påfyllnad av material, inte hinns med eftersom personalen i högre grad är involverad i direkt patientarbete. Det leder till sämre arbetsmiljö för personalen, stjälar tid från patientarbetet och minskar produktiviteten.

3.4 Produktivitet och nyttjande av köpt vård

Nuvarande avtal för köpt vård gällande ögonsjukvården i Västra Götalandsregionen, präglas av en otydlig ansvarsfördelning. Exempel är krav på utrustning och kompetens samt hålla vårdgarantin. Avtalen innebär också en stor administrativ börda för förvaltningarna. Det är fördelaktigt att avtalen fortsatt är konstruerade så att remisserna först skickas till förvaltningarna för bedömning och gallring, vilket undviker avrop av remisser vars kompetenskrav den upphandlade kliniken saknar.

Det regionövergripande avtalet innefattar remisser med misstanke om behandlingskrävande katarakt och remisser med övrig frågeställning där kataraktoperation ingår vid behov. Katarakt är en fördelaktig diagnos som ger utförande ögonverksamhet en ofta enkel operation. I avtalet blir det ett problem då det i praktiken blir stort fokus på diagnosticering av katarakt samt kataraktoperation och mindre fokus på och mindre fördelaktigt för andra tillstånd. Därmed föreligger risk för överdiagnosticering och överbehandling av katarakt med följden av ökad kostnad för VGR och minskat stöd till de långa köerna för de medicinskt prioriterade patienterna. Samtidigt lockas läkare med kataraktkompetens från ögonklinikerna till de upphandlade vårdgivarna. Ögonklinikerna satsar stora resurser på att lära upp nya kirurger för att möta behoven på de egna klinikerna medan köpt vård kräver allt fler kirurger till de privata vårdgivarna. En ekvation som inte går ihop. Övriga patienter som står i kö

till operation hos ögonklinikerna är patienter som inte avropas enligt avtal. De är patienter som bedöms kräva mer avancerad kataraktoperation som de privata vårdgivarna inte kan erbjuda, patienter som inte önskar avropas till privat vårdgivare på annan ort, patienter som kräver operation under generell anestesi samt patienter som kräver extra stöd och omhändertagande för att kunna opereras under lokalanestesi.

Skillnaden mellan ett injektionsavtal och ett kataraktavtal är att injektionsavtalet ökar tillgängligheten för de medicinskt prioriterade patienterna, avlastar ögonklinikerna i högre grad och minskar flykt av kompetens.

Fördelen med injektionsavtal är också att diagnos säkerställs på ögonkliniken där injektionsbehandling skyndsamt inleds med en första injektion. Samtidigt avropas patienten till privat vårdgivare som fortsätter injektionsbehandlingen. Avtalet skapar även ökad tillgänglighet eftersom injektioner inte kräver operationssal och kan göras hos privat vårdgivare i Skövde, Borås, Uddevalla och Göteborg.

Ett regiongemensamt injektionsavtal ökar tillgängligheten även för kataraktpatienter, glaukompatienter och barn eftersom injektionernas undanträngningseffekt minskar.

3.5 Omställningen inom hälso- och sjukvården

3.5.1 Nära vård

Ögonklinikerna bär ensamt ansvaret för utredning och uppföljning av alla ögonpatienter. Klinikerna erbjuder avancerad utredning, uppföljning, behandling och alla enklare standardkontroller däremellan och efteråt. Jämfört med de flesta andra specialiteter saknar ögonsjukvården möjligheten att återremittera patienter till inremitterande instans exempelvis vårdcentral, privat optiker och kliniker inom andra specialiteter. De saknar den kompetens och tekniska utrustning som krävs för aktuell ögonsjukvård. Endast enklare ögontillstånd kan diagnosticeras och behandlas på vårdcentralerna.

Omställningen till nära vård förväntas för många specialiteter att bidra till förbättrad vård, kortare väntetider och vårdtider. Samordningsrådet förutser att den inte kommer kunna bidra i tillräcklig omfattning för att öka vårdkvaliteten och tillgängligheten inom ögonsjukvården.

3.5.2 Koncentrerad vård

Sedan flera år tillbaka har ögonsjukvården i VGR arbetat med att koncentrera delar av vården till enstaka förvaltningar där det varit lämpligt. Exempelvis utförs vanlig glaukomkirurgi vid samtliga förvaltningar medan glaukom som opereras med specifik operationsteknik är koncentrerad huvudsakligen till SU. Där utförs även näthinnekirurgi, hornhinnekirurgi, avancerad skelningskirurgi och

ögonplastikkirurgi samt finns neurooftalmologisk enhet och hornhinnebank. Vid ögonkliniken på Uddevalla Sjukhus (NU) och SU utförs skleralfixering av intraokulär lins.

Det har tidigare förts diskussioner i VGR om att koncentrera kataraktsjukvården till ett förvaltningsexternt kataraktcentrum inom Västra Götalandsregionen. Samordningsrådet bedömer att ett sådant centrum skulle leda till negativa effekter på ögonklinikerna eftersom kataraktoperationer är en viktig del av verksamheten för att kunna behålla personal och rekrytera ny personal. Kataraktverksamheten är också viktig för patientsäkerheten inom andra patientgrupper där samsjuklighet med katarakt kan förekomma. Ögonklinikerna som behöver utbilda nya kirurger och omhänderta de särskilt svåra kataraktfallen, behöver inte bara ha kvar kataraktverksamheten utan få ett kraftigt ökat vårduppdrag för att säkerställa tillgängligheten med bevarad kvalitet och fortsatt utbildning av nya kirurger.

3.5.3 Digitalisering

Digitalisering inom ögonsjukvården ställer höga krav på VGR:s tekniska lösningar. Samordningsråd ögon hoppas att FVM kommer att erbjuda de digitala verktyg och lösningar ögonsjukvården kräver för utveckling av den och har stor förväntning på införandet.

Vardagen för dagens ögonläkare kan liknas vid arbetssättet hos en radiolog, som är beroende av en mängd olika digitala imagingsystem för att kunna ställa diagnos och följa upp en behandling. Systemen ligger för närvarande oftast helt åtskilda från journalsystemet vilket gör det svårarbetat och mindre patientsäkert. Därför är det mycket viktigt att framtidens IT-lösningar som exempelvis FVM och Millennium innehåller integrerade lösningar för bildhantering. Det bidrar till en bevarad patientsäkerhet, ökad kapacitet, effektivitet och höga patientflöden. Behovet av optimal digital kommunikation mellan ögonklinikerna i VGR, andra vårdgivare och externa optiker, behöver lösas. För att digitalisera den tekniktäta och teknikberoende ögonsjukvården behöver samordningsrådet få ett större, mer strategiskt, omvärldsbevakande och drivande IT-stöd än det som fås för närvarande.

För att patienterna ska kunna vara delaktiga i en alltmer digitaliserad ögonsjukvård måste ny teknik utvecklas. Inom ögonsjukvården saknas digitala hjälpmedel för hemmonitorering som kan göras tillgängliga för de stora massorna av patienter själva i hemmet, exempelvis enkel och tillförlitlig mätning av ögontryck. Möjligheterna begränsas av att det oftast krävs undersökning av patienten med flertalet avancerade tekniska apparater.

Det är oerhört viktigt att digitala lösningar som självcheckning, omvänd bokning (patienten bokar sin besökstid själv) och digital kallelse utvecklas och

utformas i nära samarbete mellan VGR IT och samordningsrådet, på grund av ögonsjukvårdens specifika behov av exempelvis de många rummen under ett besök och höga patientflödena. Lösningarna skulle bland annat bidra till minskad administrativ belastning.

3.5.4 Samverkan mellan förvaltningarna

Ögonklinikerna samverkar för att öka tillgängligheten genom kontinuerlig dialog inom samordningsråd ögon samt genom utvecklingsarbetet som sker i de regionala processteamerna (RPT) inom kunskapsorganisationen. Med gemensamt utarbetade regionala riktlinjer eftersträvas samsyn och jämlik vård inom regionen vilket också bidrar till ökad tillgänglighet. Samverkan sker även genom gemensamma utbildningsinsatser, gemensamma digitala ronder och genom att huvudparten av efterkontrollerna efter avancerad ögonkirurgi på SU sker vid ögonkliniken på patientens hemort. Även tekniska ny- och återinvesteringar görs i samverkan liksom IT-arbeten som påverkar vår ögonverksamhet. Samverkan och samsyn eftersträvas i valet av behandlingspreparat.

Förvaltningarna i samordningsrådet ser en vinst med att syna varandras arbetssätt och sprida goda exempel. Dialog för att exempelvis synliggöra de olika förvaltningarnas hantering av injektionsverksamheten pågår.

För att kunna analysera, jämföra och följa upp ögonverksamheten behöver bättre analysverktyg utvecklas och tillhandahållas samordningsråd ögon. Det som för närvarande mäts i BI-portalen (Business Intelligence) är ofta svårt att jämföra eftersom olika förvaltningar mäter olika saker och på olika sätt. Samordningsrådet vill därför säkerställa att alla förvaltningar mäter och rapporterar på samma sätt så att data blir jämförbar inom VGR. För att nå dit behöver samordningsrådet stöd av och nära dialog med både VGR IT samt avdelning Data och analys inom koncernstab Digitalisering på Koncernkontoret.

3.6 Forskning och utbildning

Inom ögonverksamheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns för närvarande 22 disputerade och på universitetssidan två professorer. Totalt finns tre adjungerade lektorer och tre docenter. På Skaraborgs Sjukhus finns en adjungerad lektor à 20 procent som är överläkare och docent.

På SU finns åtta forskningsaktiva doktorander som är anställda inom verksamheten; sju läkare varav en nyregistrerad doktorand under 2021 och en ögonsjuksköterska. Inom NU-sjukvården finns en doktorand med huvudhandledare på SkaS och bihandledare på SU. Ytterligare en doktorand finns inom SkaS. En disputation har genomförts under året där doktoranden vid tidpunkten var ögonläkare anställd på SkaS med huvudhandledare på SU.

Ett halvtidsseminarium har under 2021 genomförts på SU.

Flera forskningssamarbeten är pågående mellan de olika förvaltningarna i regionerna, bland annat inom glaukom (doktorandprojekt).

För att utveckla forskningsverksamheten och säkerställa kvaliteten i kliniska studier, har SU under året anordnat en utbildning i Good Clinical Practice (GCP). Målet är att alla medarbetare ska ha genomgått GCP-utbildning under den kommande femårsperioden. Under 2021 publicerades 37 vetenskapliga artiklar utgående från SU och flera medarbetare deltog med presentationer vid vetenskapliga nationella och internationella konferenser, i huvudsak digitalt på grund av pandemin.

3.7 Jämförelse med andra regioner i Sverige

En omvärldsspaning visar att ögonsjukvården i Västra Götalandsregionen har utmaningar när det gäller tillgänglighet och patientsäkerhet. Samordningsråd ögon har valt att inte jämföra ögonklinikerna med andra kliniker i regioner som har vårdval. Exempelvis var det i april 2022 endast 39 procent av patienterna som stod i kö för återbesök i ögonsjukvården i VGR, som erbjöds tid inom medicinskt måldatum.

I Region Östergötland var det 67 procent och i hela riket 55 procent ([SKR 2022](#)). För barn upp till 17 år var det i april 2022 24 procent av patienterna som väntade på återbesök och som erbjöds tid inom medicinskt måldatum. Inom ögonsjukvården Region Östergötland var det 51 procent och i hela riket 66 procent ([SKR 2022](#)).

Den aktuella väntetiden till kataraktoperation är 9–13 veckor eller längre i VGR, beroende på vilken ögonklinik som utför operationen. I Region Västerbotten är väntetiden längre än 13 veckor på alla de tre sjukhus som redovisas, medan det är 9–13 veckors väntetid i Region Dalarna ([SKR 2022](#)). Andel kataraktoperationer som utförts inom 90 dagar under perioden november 2021 till april 2022, var i VGR 56,5 procent, i Region Östergötland 70,9 procent, i Region Västerbotten 97,9 procent och i hela riket 76,1 procent ([vardenisiffror.se](#)).

4 Analys och slutsatser

Samordningsråd ögon konstaterar i denna genomlysning att det nuvarande behovet av ögonsjukvård i regionen redan i dag drastiskt överstiger kapaciteten hos samtliga ögonkliniker och upphandlad vård, och att skillnaden kommer att öka i framtiden. Samordningsrådet har i genomlysningen kommit fram till följande slutsatser:

- Ökande behov med växande befolkning och fler behandlingsmöjligheter.
- Lokaler och maskinteknisk utrustning optimerade för verksamheten, är en förutsättning för optimal produktion.
- Ett kraftigt ökat vårduppdrag krävs för ögonsjukvården och därmed betydligt mer resurser.
- Den upphandlade vårdens avtal behöver förändras och optimeras i dialog med samordningsråd ögon.
- Forskning och utbildning inom ögonsjukvården behöver prioriteras högre i VGR för att tillgodose kompetenskraven.
- Digitaliseringen kan ha begränsade möjligheter inom ögonsjukvården och bör utvecklas med hänsyn till ögonsjukvårdens specifika behov.
- Samtliga beslut och förändringar ska styras av behovet av en långsiktig stabilitet i verksamheten.
- Omställningen till nära vård och koncentration av vård kan inte drivas ytterligare på grund av det krav på kompetens och utrustning som är en förutsättning för ögonsjukvård och som bara kan erbjudas av ögonklinikerna.

4.1 Samordningsråd ögons åtgärder

4.1.1 Barnögonsjukvård

För att få en förändring och gemensam lösning för barnögonsjukvården, vill samordningsråd ögon vara en drivkraft. Samordningsråd ögon vill verka för att göra barninriktning mer attraktiv för ST-läkare och nyblivna specialister. Det kan ske genom utbildning och temadagar samt förbättrad möjlighet till auskultation under ST och som nybliven specialist. Samordningsrådet vill öka attraktionen för vidareutbildning till barnoftalmolog och ortoptist. Det behövs uppdragsutbildningar, regionalt lönetillägg för ortoptister och vikarier som ersätter dem som utbildar sig, det vill säga långsiktiga lösningar som leder till hållbar tillgänglighet. Samordningsrådet har inlett en dialog med Koncernkontoret för att hitta lösningar.

Samordningsrådet kommer att undersöka hur privata optiker kan hjälpa oss att följa upp barn med refraktionsfel (brytningsfel), med andra ord ett samarbete mellan offentlig och privat barnögonsjukvård för att öka tillgängligheten.

Problemet med de många uteblivna barnpatientbesöken kommer samordningsrådet också att försöka lösa. Eftersom färre outnyttjade besökstider leder till ökad tillgänglighet har samordningsråd initierat ett samarbete med samordningsråd barn. VGR:s Innovationsplattform liksom artificiell intelligens (AI), skulle kunna bidra till en lösning. AI skulle kunna vara en nyckel i projekt som syftar till att exempelvis påminna vårdnadshavare om bokad tid ett par dagar innan besöket samt förbättra digitala kallelser och information till vårdnadshavare.

Eftersom samordningsråd ögon anser att Syncentralens remisskriterier behöver omarbetas, kommer det att bjuda in förvaltningsdirektören på Habilitering & Hälsa till möte för dialog.

4.1.2 Lokaler och utrustning

Alla ögonkliniker arbetar aktivt sedan en längre tid inom sin förvaltning med att få större, mer ändamålsenliga och personalfrämjande lokaler.

Samordningsrådet kommer i högre grad att samordna dialogen och kunskapen kring behoven, vinsterna och inköpen av medicinteknisk utrustning.

4.1.3 Kompetensförsörjning

I arbetet med att överföra administrativa arbetsuppgifter från kliniskt arbetande personal till administrativ personal inom ögonsjukvården, kommer samordningsråd ögon och dess förvaltningar i högre grad dra nytta av varandras erfarenheter.

I ögonklinikernas arbete med kompetensväxling kommer samordningsråd ögon att undersöka om beställning av sjukresor för patienterna kan skötas av annan personalgrupp eller lösas av AI, eftersom uppgifterna tar tid från patientarbetet. Samordningsrådet kommer även att samarbeta i högre grad kring vilka utbildningar som kan öka självständiga bedömningar bland ögonklinikernas vårdpersonal.

4.1.4 Produktivitet och nyttjande av köpt vård

Samordningsråd ögon har påbörjat etableringen av kontaktperson inom enhet produktionsstyrning och köpt vård på Koncernkontoret, för dialog och återkoppling kring gällande avtal för köpt vård samt samarbete vid utarbetande av nya avtal för köpt vård. Samordningsrådet vill också genom dialogen säkerställa kloka satsningar som leder till ökad produktion och tillgänglighet vid de egna förvaltningarna utan att öka den köpta vården eller vård i valfriheten. Den köpta

vården och vård i valfriheten är endast kortsiktiga insatser, medan rätt satsningar i ögonsjukvården bäddar för långsiktigt ökad produktion och tillgänglighet.

4.1.5 Digitalisering

Samordningsråd ögon kommer att öka samverkan mellan ögonklinikerna för att sprida erfarenhet och kunskap om IT-lösningar och IT-problem exempelvis vid inköp, installation och underhåll av maskinteknisk utrustning.

För att digitalisera den tekniktäta och teknikberoende ögonsjukvården behöver samordningsrådet få ett större, mer strategiskt, omvärldsbevakande och drivande IT-stöd än det som fås för närvarande. Samordningsrådet har inlett dialog med koncernstab digitalisering om behovet.

4.1.6 Samverkan mellan förvaltningarna

Samarbetet mellan samordningsråd ögon och kunskapsorganisationen behöver förbättras och struktureras för att säkerställa en jämlik vård i hög klass som också bidrar till ökad tillgänglighet och kunskapsstyrning. Samordningsrådet ser därför ett behov i en ny organisation där Regionalt programområde ögonsjukdomar (RPO) med regionala processteam ligger under det. Samordningsrådet ska kunna ge direkta uppdrag utifrån prioritering av ögonsjukvårdens behov exempelvis tillgänglighet till ett eller flera regionala processteam. Tillsammans med teamen ska samordningsråd ögon ta fram de bästa arbetssätten och strategierna för att öka tillgängligheten med bibehållen kvalitet. Olika kontaktpersoner behövs i samordningsrådet till respektive RPT för en effektivare kommunikation, arbetsfördelning, uppföljning och återrapportering.

4.1.7 Forskning och utbildning

Samordningsråd ögon har som mål att få ögonklinikerna vid samtliga förvaltningar aktiva inom forskning. Det kommer att undersöka olika sätt att öka intresset för och möjligheter till forskning.

4.2 Åtgärder utanför samordningsråd ögon

4.2.1 Injektionsverksamheten

Samordningsråd ögon skulle vilja att all injektionsverksamhet ska upphandlas regionexternt för att komma tillrätta med undanträngningseffekterna, och öka kataraktverksamheten vid ögonklinikerna.

4.2.2 Kataraktoperationer

Samordningsråd ögon anser att den upphandlade vården inklusive kataraktoperationer inte får öka och innehållet behöver styras om till mer medicinskt prioriterad ögonsjukvård.

Nya kataraktkirurger utbildas på ögonklinikerna och kataraktverksamheten lockar kirurger till anställning. Även avancerad kataraktkirurgi behöver bedrivas exempelvis operation av katarakt hos barn, operation under generell anestesi, operation vid svår samsjuklighet och förväntat komplicerade operationer.

Om mer kataraktsjukvård upphandlas bedömer samordningsrådet att ännu fler kataraktkirurger, ögonsjuksköterskor och operationspersonal kommer sluta och ta anställning hos de upphandlade vårdgivarna. Det skulle eliminera förutsättningarna för ögonklinikerna att klara sina uppdrag och förhindra upplärning av nya kirurger, vilket skulle vara förödande för patientsäkerheten, kösituationen inom ögonsjukvården och ögonsjukvårdens framtid. Regionen behöver säkerställa en god bemanning, kompetensnivå och erfarenhet inom kataraktkirurgi vid ögonklinikerna genom rekrytering, utbildning och ett kraftigt utökat uppdrag inom kataraktområdet.

Det är viktigt att varje kataraktoperation ersätts som en hel operation.

Samordningsrådet ögon bedömer att andelen operationer av båda ögonen samma dag kommer att minska av ekonomiska skäl om ersättningen blir mindre än för två operationer separata dagar. Det gäller både kataraktoperationer och andra ingrepp exempelvis injektioner.

4.2.3 Barnögonsjukvård

Ett utökat vårduppdrag behövs för att säkerställa tillgängligheten inom barnögonsjukvården, vars köproblematik nått kritisk nivå. Det behövs uppdragsutbildningar, regionalt lönetillägg för ortoptister och vikarier som ersätter dem som utbildar sig, det vill säga långsiktiga lösningar som leder till hållbar tillgänglighet.

4.2.4 Lokaler och utrustning

Samordningsråd ögon skulle vilja att en behovs- och konsekvensanalys görs för respektive ögonklinik för att öka produktionen och optimera patientflödet.

4.2.5 Köpt vård

Andelen köpt vård får inte öka i omfattning eftersom det leder till att de regionala ögonklinikerna förlorar personal, framför allt specialistutbildade läkare och sjuksköterskor som söker anställning hos upphandlade privata vårdgivare.

Vårduppdraget för de privata leverantörerna bör ställas om genom minskad volym av kataraktoperationer och börja med regional upphandling av all

injektionsbehandling, vilket i dagsläget saknas. Samordningsråd ögon anser det viktigt att den totala volymen upphandlad vård inte ökar.

Remisser med misstänkt katarakt är mindre lämplig grupp för avtalsvård, med stora negativa konsekvenser för patienterna och ögonklinikerna. Ett sådant avtal medför stor administrativ belastning, kompetensförlust till privata vårdgivare, svårighet att utbilda och behålla nya kirurger, svårighet att öka produktionen när andelen förväntat svåra operationer är hög. Detta ger oönskade effekter på tillgängligheten, som endast förbättras för en begränsad patientgrupp.

Remisserna till upphandlade privata vårdgivare måste fortsätta gå via de regionala ögonklinikerna för bedömning och gallring. Mängden lågt medicinskt prioriterad ögonsjukvård kommer annars att öka på bekostnad av de högre prioriterade patienterna.

4.2.6 Utökat vårduppdrag för ögonsjukvården

För på allvar få bukt med den stora bristen på tillgänglighet och samtidigt möta det ökande behovet av ögonsjukvård, behöver vårduppdraget för samtliga ögonkliniker öka drastiskt. Det bör kombineras med klokt utformade avtal för köpt vård som inte dränerar den ögonsjukvården på kompetens eller ökar klinikernas administrativa börda. Med ett utökat vårduppdrag kommer ögonsjukvården att attrahera kompetent personal i större omfattning än i dag. Omfördelning av pengar från upphandlad vård och inhyrd personal till regionala resursförstärkningar leder till långsiktigt hållbara lösningar för ögonsjukvården i VGR.

4.2.7 Kompetensförsörjning

Sammantaget gör förändringarna av befolkningsunderlaget, lägre produktivitet hos nyblivna specialisläkare samt konkurrens om personal till de privata vårdgivarna, att de förväntade pensionsavgångarna i specialistläkargruppen behöver mötas med ett väsentligt utökat antal ST-läkare.

Samordningsråd ögon har behov av att få personalstatistik från sina sjukhusförvaltningar vilket alla ögonkliniker inte får tillgodosett. Exempelvis efterfrågas statistik över vilka personalkategorier som slutar sina anställningar och var de söker anställning någonstans. Det är viktigt med hänsyn till ögonsjukvårdens akuta behov av rätt bemanning och rätt kompetens för att säkerställa en god tillgänglighet. Samordningsrådet skulle även vilja ha en HR-resurs från Koncernkontoret för dialog och samarbete. Dialog behöver inom kort inledas med samordningsrådet med målet att inrätta regionalt finansierade uppdragsutbildningar för ögonsjuksköterskor och ortoptister.

4.2.8 Digitalisering

Samordningsråd ögon har behov av ett kompletterande IT-stöd till objekt Diagnostik och utredning av mer strategisk, drivande och omvärldsbevakande karaktär. Rådet har initierat dialog om behovet med koncernavdelning Digitalisering.

Det finns en vinst i att standardisera remisserna till ögonklinikerna, vilket behöver bli verklighet i samband med att Framtidens Vårdinformationssystem (FVM) införs och digitaliseringen anser samordningsrådet. Möjligheten att bifoga bilder digitalt med remisser behöver också säkerställas.

4.2.9 Samverkan mellan förvaltningarna

För att förvaltningarna kunna samverka genom att analysera, jämföra och följa upp ögonverksamheten, behöver bättre analysverktyg utvecklas och tillhandahållas samordningsråd ögon. Det som mäts i BI-portalen (Business Intelligence) är ofta svårt att jämföra eftersom olika förvaltningar mäter olika saker och på olika sätt. Samordningsrådet vill kunna säkerställa att alla förvaltningar mäter och rapporterar på samma sätt, så att data blir jämförbar inom VGR.

5 Källor

Uppdrag genomlysning av ögonsjukvården i Västra Götalandsregionen

[2021-03-18 Uppdragshandling Genomlysning ögonsjukvården i VGR.pdf](#)
([vgregion.se](#))

Diarienummer RS 2020-07769

Uppdrag samordningsråd inom hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen

[Reviderad uppdragshandling för samordningsråd HoS 2022-01-20.pdf](#)
([vgregion.se](#))

Diarienummer RS 2019-03137