

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-03-14

HSN 1101-0071

*Handläggare:*

Tore Broström

## **Regelbok för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård**

### **Ärendebeskrivning**

Ärendet innehåller förslag till regelbok samt en beskrivning av den öppna ögonsjukvården i nuläget samt bedömda konsekvenser av att vårdval införs.

### **Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-03-14, inkl. bilagor  
Regelbok för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i Programberedningen för akutsjukvård

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* införa vårdval för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård enligt Lag om valfrihetssystem (LOV)
- att* godkänna regelbok för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård
- att* inbjuda vårdgivare att ansöka om godkännande av auktorisation för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård
- att* driftstart för avtal ska vara tidigast den 2011-10-01
- att* omedelbart justera beslutet.

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

#### *Beslut att planera för vårdval*

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 23 juni 2009 "att uppdra till förvaltningen att planera vårdval för öppen somatisk specialistvård inom hudsjukvård, reumatologi, ögonsjukvård och öron- näsa- halssjukvård och återkomma till nämnden med förslag till regelbok". Motsvarande beslut fattades av nämnden för allergologi och gynekologisk öppenvård den 1 december 2009.

Till underlag för beslutet fanns en utredning för var och en av specialiteterna av förutsättningarna att genomföra vårdval.

Förvaltningen avser att till nämndens sammanträden i maj och juni lämna förslag till regelböcker för övriga specialiteter som nämns ovan.

#### *Organisation av arbetet med regelboken för ögonsjukvård*

Ledningsgruppen för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har utgjort styrgrupp för arbetet. Informationsmöten riktade till samtliga vårdgivare inom ögonsjukvården har hållits vid tre tillfällen. En medicinsk referensgrupp med företrädare för såväl offentligt driven som privat vård har bistått med förslag och synpunkter under arbetets gång. Medicinsk sakkunniga inom och utom förvaltningen har anlitats vid avgränsningen av uppdraget och konstruktionen av ersättningsmodellen.

#### *Uppdragsbeskrivning för ögonsjukvård*

Uppdraget föreslås innefatta öppen specialistvård som inte är högspecialiserad eller kräver tillgång till sjukhusets resurser, eller som av till exempel volymskäl bör utföras vid akutsjukhus.

Uppdragets avgränsning mot primärvården definieras genom handläggningsprogram för ögonsjukdomar som publicerats på VISS.nu och anger utredning och behandling som skall utföras inom primärvården.

Den öppna ögonsjukvården innefattar ett brett spektrum av diagnostiska och behandlande åtgärder som i varierande utsträckning, beroende bland annat på utrustning och kompetens, utförs vid befintliga mottagningar. Basal mottagningsverksamhet skall kunna erbjudas av samtliga auktoriserade vårdgivare och benämns i regelboken basuppdrag. Därutöver kan vårdgivare söka auktorisation för tilläggsuppdrag som kräver särskild utrustning och kompetens.

De tilläggsuppdrag som definieras i regelboken är skelningsmottagning för barn och vuxna, ögonbottenfotografering, laserbehandling av främre segmentet, laserbehandling av bakre segmentet och polikliniska operationer.

Det befintliga vårdvalet för ögonbottenfotografering och laserbehandling av diabetiker inarbetas i den nya regelboken genom tilläggsuppdragen för ögonbottenfotografering och laserbehandling av det bakre segmentet.

Skälet för att i regelboken ställa krav på kompetens och utrustning är att säkerställa att auktoriserade mottagningar håller en hög och jämn kvalitet och kan utföra i huvudsak allt som definierats tillhöra uppdraget. Samtliga läkare, utom läkare under utbildning, skall vara specialistläkare inom

ögonsjukvård. Verksamhetschef eller medicinskt ansvarig läkare skall ha tre års klinisk erfarenhet inom mottagningens uppdrag. Opererande läkare skall utföra minst 40 ingrepp per år.

#### *Uppföljningsplanen*

Uppföljningsplanen anger information som inhämtas för att följa upp vården ur olika perspektiv: behov, prestation, kvalitet, effekt och kostnad. Informationen hämtas antingen ur befintliga uppgifter i vårdgivarens rapportering av utförd vård, genom patientenkäter eller genom en separat årlig rapportering av information som ur ett kvalitetsperspektiv bedöms viktig.

#### *Ersättningsmodellen*

Samtliga auktoriserade vårdgivare skall rapportera ställd diagnos och vidtagna åtgärder enligt det nationella klassifikationssystem som socialstyrelsen ansvarar för. Sådan rapportering görs sedan länge av sjukhus och upphandlade enheter. Övriga vårdgivare ersätts enligt den så kallade nationella taxan och rapporterar därmed för närvarande vården på ett annat sätt.

Den rapporterade vården grupperas automatiskt till ett begränsat antal priser som återspeglar vårdgivarens kostnader och tidsåtgång. Priserna är fasta i bemärkelsen att de inte är direkt kopplade till DRG-vikten, vilket ger förutsättningar för en prissättning som är stabil över tid. Den valda ersättningsmodellen underlättar för vårdgivarna att kalkylera sina intäkter.

De priser som föreslås i regelbokens ersättningsbilaga har stämts av mot nuvarande ersättningar i avtalet med S:t Eriks sjukhus, upphandlade mottagningar och mottagningar ersatta enligt nationella taxan.

En del av den totala ersättningen kan utgå i form av målrelaterad ersättning så snart tillräckligt underlag finns för att identifiera och mäta relevanta kvalitetsindikatorer. Förvaltningens bedömning är att vårdgivarna behöver följas upp under första året med regelboken för att det skall finnas tillräckligt bra underlag för att definiera och ange målvärden till underlag för ersättning.

#### *Genomförande*

Driftstart för vårdavtalen föreslås vara tidigast 1 oktober 2011. Samtliga tecknade avtal förslås gälla till och med 31 december 2015, det vill säga maximalt 4 år och 3 månader.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Med införandet av vårdvalet förväntas tillgängligheten förbättras framförallt inom basuppdraget. Vårdgivare som tidigare begränsats av tak i vårdavtalen kan öka antalet besök och nya mottagningar kan komma till.

Enbart befolkningsökningen motiverar en ökning av antalet besök med ca 1,5% per år till en kostnad av ca 5 mkr. Inklusiv befolkningsökningen bedöms antalet besök komma att öka med 10% under en treårsperiod. Ökningen motsvarar 31 000 besök och en kostnadsökning med ca 30 mkr.

Konsekvenserna för enskilda vårdgivare varierar vid oförändrad verksamhet, beroende på tidigare avtal och inriktning av verksamheten. Utfallet av ersättningsmodellen behöver löpande följas och utvärderas, för att vid behov kunna korrigeras.

#### *Konsekvenser för patientsäkerhet*

I avtalen ställs krav på medicinsk kompetens och utrustning för att säkerställa att auktoriserade mottagningar håller en hög och jämn kvalitet. För att säkerställa en smidig övergång mellan olika vårdgivare ställs krav på rutiner för samverkan. Genom uppföljning via bland annat patientenkäter och kvalitetsregister, kompletterat med medicinska revisioner, följs att vården håller hög kvalitet och bedrivs patientsäkert. Förutsättningar skapas för att jämföra vårdgivarna med avseende på såväl patientupplevd som på annat sätt uppmätt kvalitet, vilket bör bidra till att förbättra patientsäkerheten.

#### *Konsekvenser för jämställd och jämlik vård*

All statistik enligt uppföljningsplanen skall redovisas könsuppdelad. Kvinnor utgör en något högre andel av patienterna än männen. Orsaken är främst att ögonsjukvården nyttjas av många äldre, och att kvinnorna är fler i högre åldrar.

Närheten till specialistläkare är bäst för boende inom Stockholms innerstad. Möjligheterna till fri etablering inom vårdvalet kan på sikt leda till en geografisk utjämning.

#### *Miljökonsekvenser*

Vårdgivarna åläggs att följa SLL:s riktlinjer, och beroende på vårdgivarens storlek genomföra certifiering eller diplomerings, samt årligen avrapportera miljöpåverkan av verksamheten. Verksamheten bedöms totalt sett innebära oförändrade konsekvenser för miljön.

Catarina Andersson Forsman  
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Leif Karnström  
Avdelningschef

## Nulägesbeskrivning av ögonsjukvården (exkl kataraktoperationer och makulabehandlingar)

### 1. Vårdutbud

#### *Mottagningar*

Inom SLL ansvarar S:t Eriks Ögonsjukhus för den slutna vården, den högspecialiserade vården, den akuta ögonsjukvården under jourtid, och för ST-utbildningen. Mottagningsverksamhet finns också på Södersjukhuset och på Norrtälje sjukhus. I övrigt finns ett 50-tal privatpraktiserande ögonläkare som tillhandahåller allmän ögonsjukvård och viss poliklinisk kirurgi. 39 st ingår i avtal varav 16 st har en vilande etablering under avtalstiden. 13 st arbetar enbart på vårdtaxan.

Den geografiska spridningen för privatpraktiserande ögonläkare är något ojämn med 25 st verksamma i innerstan, 3 i Vällingby, 1 i Farsta, 2 i Skärholmen och 2 i Johanneshov. I norra länet finns 13 st och i södra länet finns 6 st.

Vid Nacka Proxima och Handens närsjukhus finns upphandlad verksamhet sedan 2004. Avtalen löper t o m 2012-12-31.

#### *Diagnoser*

De vanligaste diagnoserna inom öppenvården är diabetes och glaucom (grön starr) som kräver stora resurser med regelbundna kontrollbesök.

#### *Barnögonsjukvård*

Barnpatienter med ögonproblem hänvisas till sjukhusen eller till privata ögonläkare som specifikt har den inriktningen. Optiker får inte omhänderta barn under 8 år för t ex synkontroll, patienten hänvisas till ögonläkare, vilket också medför långa väntetider för denna patientgrupp.

#### *Volymer – kostnader 2010*

St Eriks Ögonsjukhus AB: Totalt antal öppenvårdsbesök enl vårdavtalet 139 336 varav akuta öppenvårdsbesök 30 729. Diabetesbedömningsbesök hos läkare, 2 631.

2011-03-15

Bilaga 1

Antal injektioner med Lucentis för åldersrelaterad maculadegeneration 2 750 och antalet kontrollbesök efter injektion 5 358.

Antal slutenvårdstillfällen: 1 654 (inklusive utomlänspatienter).

SÖS: Totalt antal öppenvårdsbesök 24 243 , akuta 5 291 Antal injektioner 2010 med Lucentis 1 250 och antal kontrollbesök efter injektion 1 983.

Norrhälja: Totalt antal öppenvårdsbesök 3 808.

Privata vårdgivare: Antal öppenvårdsbesök 145 089.

Den totala kostnaden för öppenvård inom den offentligt drivna ögonsjukvården:  
254 617 tkr inkl tilläggsbeställning omfattande 2,0 mkr (exklusive katarakter och maculabehandlingar).

Den totala kostnaden för vård hos privat vårdgivare 120 491 tkr inkl tilläggs-beställningar omfattande 4,0 mkr.

I Stockholm finns en valmöjlighet för patienten, men den rådande bristen på ögonläkare och avtal med tak gör att köerna till mottagningsbesök tenderar att öka, så väl ny- som återbesök. Förväntade stora pensionsavgångar de närmaste åren både vid sjukhusen och bland privatläkarna. En större geografisk spridning är önskvärd. Eftersatta områden är södra länsdelen (Nynäshamn) och västerort (Järvafältet).

#### *Medicinsk utveckling inkl nya metoder*

- Minskande andel penetrerande hornhinnekirurgi pga att annan transplanta- tionsteknik införts
- Nya operationstekniker för glaukom. Multispotlaser, som innebär färre besök för laserbehandling av diabetiker
- Nytt läkemedel för ventrombos
- Andra rutiner för ögonundersökning av för tidigt födda barn med ledning av resultat från nationellt kvalitetsregister

#### *Viktiga frågor under 2011*

- Kompetensförsörjning inom ögonsjukvården
- Ökande behov av maculabehandling
- Fortsatta köer till ny- och återbesök till mottagningar

2011-03-15

Bilaga 1

## **2. Väntetid**

Det finns otillfredsställande väntetider för återbesök för patienter kroniska sjukdomar. Vårdgarantigränsen är svåra att hålla.

De större mottagningarna rapporterar till CVR. Per den 31 december 2010 fanns ca 3068 väntande till mottagning varav 51 % hade väntat mer än 30 dagar och 17% mer än 90 dagar. Ett nybesök generar ofta en lång serie av återbesök. Återbesök omfattas ej av vårdgarantin och rapporteras inte heller till CVR.

Privata ögonmottagningar (ARV-läkare) rapporterar till Vårdmarknad. Väntetiden varierar mellan 1-12 veckor för patienter med förtur, utan förtur 6-40 veckor.

Avdelningen för somatisk specialistvård  
*Specialistenhet*  
*Yvonne Vallstedt/Britt Fälth*

2011-03-15

Bilaga 2

## Konsekvensbeskrivning

### 1. Tillgänglighet och volymer

Tillgängligheten bedöms öka då flera läkare antas söka auktorisation och bli verksamma inom specialiteten. Läkare som tidigare inte har varit verksamma inom privat öppen specialiserad vård kommer att ha möjlighet att nyetablera sig. En ökad tillgång av specialistläkare i öppenvården ger också möjlighet att flytta ut öppenvård från sjukhusen för de patienter som inte kräver akutsjukhusens resurser. Köerna bedöms minska.

Eftersom det finns ett uppdämt behov av vård inom specialiteten ögon beräknas volymen av utförd vård öka i och med att vårdval införs. Vårdgivare kan antas producera mer vård när nuvarande takbegränsningar i avtalen tas bort. I stort sett samtliga ögonläkare med avtal har möjlighet att producera mer vård än vad deras tak medger. Dessutom kommer en viss nyetablering att ske genom att läkare som tidigare inte har varit verksamma inom privat öppen specialiserad vård har möjlighet att etablera sig. Några av de vårdgivare som idag har auktoriserat sig inom vårdvalet katarakt saknar mottagningsverksamhet och har visat stort intresse att auktorisera sig inom detta uppdrag.

Den största ökningen av auktoriseringar antas vara inom basuppdraget och i begränsad omfattning inom tilläggsuppdragen.

Volymökningens omfattning är också beroende av tillgång på specialister. Antalet läkare som idag är verksamma inom specialiteten förväntas minska pga pensionsavgångar. Förutsättning för ökad volym är också att utbildningen av specialister sker i en omfattning som motsvarar behovet. En framgångsfaktor är att krav ställs på auktoriserade vårdgivare att ta emot personal för utbildning. Formerna för detta utreds vidare. Detta gäller bla ST- läkare för vilka S:t Eriks ögonsjukhus ansvarar idag.

Utifrån en ökad befolkning med flera äldre och även ökat antal barn förväntas behovet av ögonsjukvård bli större. Befolkningsökningen beräknas vara ca 30 000 nya invånare per år i Stockholms län. Utifrån denna ökning och oförändrat behov av ögonsjukvård ökar antalet besök med ca 4 600 per år. Detta motsvarar ca två läkares årsproduktion inom den



2011-03-15

nationella taxans system och med 2011 års ersättning till en kostnad av ca 5,1 mkr. Det har inte skett några stora förändringar i diagnospektrat som kan ge ett ökat behov av ögonsjukvård.

## **2. Kostnader**

I och med att vårdutbudet ökar kommer kostnaderna också att stiga förutsatt att ersättningarna inom vårdvalet inte sätts betydligt lägre än vad som gäller idag. Ersättningar som upplevs låga kan resultera i att vårdgivare anslutna till den nationella taxan inte har någon anledning att auktorisera sig inom vårdvalet. Att det blir en ökad kostnad i och med införandet av vårdvalet är ofrånkomligt då det som tidigare beskrivits finns köer till specialiserad ögon sjukvård men samtidigt minskar kostnaderna för vårdgarantipatienterna.

Utifrån ett uppdämt vårdbehov och befolkningsökningen är bedömningen att volymerna successivt ökar med ca 10 %. Det skulle motsvara en ökning med ca 31 000 besök. Ökningen motsvarar ca 12 läkares årsproduktion inom nationella taxans system och med 2011 års ersättning till en kostnad av ca 30,6 mkr. Volymökningen följer inte samma mönster som nuvarande vårdvalsområden kataraktoperationer och höft- och knäprotesoperationer. Diagnospektrat i detta vårdval består till stor del av kroniska sjukdomar vilka till största del är åldersrelaterade och ger därmed en mer varaktig volymökning. För att klara vårdgarantin 2011 har tilläggsbeställningar varit nödvändiga och motsvarar ca 6 mkr.

Vid varje start av nya vårdvalsområden är det extra viktigt med uppföljningar och medicinska revisioner för att undvika eventuella glidningar av bla målgrupper och medicinska indikationer. Detta som ett led i att eftersträva en kostandskontroll.

## **3. Vårdsamband**

Vårdsambanden bedöms vara intakta och får också möjlighet att utvecklas. Krav ställs på vårdgivare avseende tillgänglighet vilket bla förstärker utvecklingen av samverkan med övriga vårdaktörer i vårdkedjan. Vårdutbudet är idag ojämnt fördelat över länet. En större geografisk spridning är önskvärd. En geografisk närhet underlättar att skapa kontakter mellan primärvård och privata specialistläkare för att exempelvis vid behov kunna bistå med snabba konsultationer.

Vårdvalsystemet ger vårdgivaren rätt att etablera sig i alla delar av länet. Men systemet kan inte med säkerhet garantera att en nyetablering sker i

2011-03-15

underförsörjda områden. Förutsättningarna för att skapa våldsamband kommer därmed att vara olika inom länet.

#### **4. Mångfald och valfrihet**

Valfriheten för patienten kommer att öka då ett antal nya mottagningar troligen kommer att öppna. Däremot finns inte alltid möjlighet att välja vårdgivare i närheten av bostadsorten framförallt inte för befolkningen i södra delen av länet. Valet av vårdgivare kan göras ur flera aspekter såsom geografisk närhet, bemötande och kvalitet. I en konkurrenssituation kan de vårdgivare som inte uppnår önskad kvalitet få färre patienter.

Då patienten har möjlighet att söka direkt till specialistläkaren, eftersom inget remisskrav råder, är det viktigt att riktlinjerna i VISS efterlevs och att patienter som är uppenbara fall för husläkare hänvisas dit.

Att nyetablera sig som ögonläkare för basuppdraget bedöms vara relativt enkelt och mindre kostsamt. Däremot kräver tilläggsuppdragen mer investeringar för att uppdraget ska kunna utföras.