Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2018-12-11, kl 13:00

Plats: Sal A, Regionens hus
OBS! Kl 11:30 Gemensam lunch med jultallrik i kafeterian på Regionens hus

Ärenden

1	Val av protokolljusterare	
2	Fastställande av dagordning	
3	Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2018	2018/38
4	Inkomna promemorior, remisser och motioner	

Informationsärenden och aktuellt

5	RJL2017/83 Information Utredning vårdval ögonsjukvård Föredragande Jörgen Striem, utredare	
6	RJL2017/83 Information av uppdrag i Budget 2018 - Utredning av vårdplatsneddragning Föredragande Joanna Mellqvist patientsäkerhetssamordnare	
7	Skrivelse från Vänsterpartiet - Angående urologen vid Höglandssjukhuset Föredragande Agneta Jansmyr regiondirektör	2018/3098
8	Rapport från konferens - Maria Frisk och Sibylla Jämting Patienters liv efter vårdtiden på sjukhus - vilket arbete pågår i länen sedan tillsynen av strokevården? 5 december i Vimmerby,	
9	Rapport från konferens Helena Stålhammar, Eva Eliasson och Elisabeth Töre Konferens Inspirationsdag 6 december i Jönköping	
10	Presidiets protokoll	
11	Aktuell information	
12	Frågor	
13	Månadsrapport	

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2018-12-11, kl 13:00

Beslutsärenden till regionfullmäktige

14	Motion - Äldrepsykiatriska mobil team	2018/1409

Beslutsärenden för nämnden

15	Återrapport av uppdrag i Budget 2018 Utredning av vårdval ögonsjukvård Föredragande Jörgen Striem	2017/83
16	Återrapport av uppdrag i Budget 2018 - Utredning av vårdplatsneddragning	2017/83
17	Bidrag till länsorganisationer med folkhälsomål i Jönköpings län år 2019	2018/801

Övrigt

18 Övriga frågor

Kallade

Ordinarie ledamöter:
Frisk Maria, (KD), ordf
Stålhammar Helena, (C), 1:e v ordf
Eskdahl Marcus, (S), 2:e v ordf
Bäuml Thomas, (M)
Forsberg Mona, (S)
Melin Lis, (M)
Gyllensten Tobias, (S)
Nilsson Bertil, (M)
Törnqvist Desiré, (S)
Andersson Marianne, (KD)
Eliasson Eva, (S)
Ekström Jimmy, (L)
Jämting Sibylla, (MP)
Töre Elisabeth, (V)
Karlsson Anne, (SD)

Tjänstemän
Jansmyr Agneta, regiondirektör
Bojestig Mats, hälso- och sjukvårdsdirektör
Bertov Kristina, chefscontroller
Lindgren Lena, nämndsekreterare

För kännedom

Ersättare:
Lagärde Erik, (KD)
Walfridsson Emilie, (C)
Berisha Ardita, (S)
Johansson Britt, (M)
Olausson Lars-Uno, (S)
Andersson Birgit, (M)
De Basso Rachel, (S)
Wengholm Malin, (M)
Tottas Evaggelos, (S)
Emme Nils-Erik, (KD)
Wågman Erik, (S)
Svensson Bernt, (L)
Carlsson Kajsa, (MP)
Eriksson Bengt-Ove, (V)
Winberg Anita, (SD)

Gruppledare
Wengholm Malin, (M)
Frisk Maria (KD)
Backlund Rune, (C)
Ekström Jimmy, (L)
Eskdahl Marcus, (S)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2018-12-11, kl 13:00

Fackliga företrädare
Svensson Birgitta, Kommunal

Jämting Sibylla (MP)
Ekvall Mikael, (V)
Godrén Samuel, (SD)

Fackliga företrädare
Sjögren Carina, Kommunal

Sammanställning av anmälda informationshandlingar till Nämnd för FS – 2018-12-11

Ärendetyp	Ärenderubrik
Protokoll delegationer	
Motioner	
Remisser (inkomna för beredning)	
Inkomna handlingar	
Utgående skrivelser	
Övrigt	Protokollsutdrag RF 2018-11-06 § 133 reviderat KomHem-avtal RJL2018/1556
Regeringsbeslut	
Beslut från Inspektionen för vård och omsorg, IVO	RJL201872342 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, där anmälaren anser att vård och behandling varit felaktig RJL2018/2151 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende skada efter kortisoninjektioner enligt anmälaren RJL2018/929 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende att anmälaren anser att han fått felaktig vård och behandling samt att dokumentationen varit felaktig. Anmälaren anser även att det finns brister i verksamhetens planering och styrning. RJL20188/1434 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende anmälarens synpunkter på granskningen av CT-bilder som lett till försenad diagnos RJL2018/2379 Tillsyn för att följa upp verksamheten 1177 Vårdguiden per telefon i Region Jönköpings län utifrån ett tidigare ärende. IVO kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder utifrån den här tillsynen utan avslutar ärendet. Nyinkomna IVO-ärenden 2018-11-01--2018-11-30. Patientärenden: RJL2018/2886, RJL2018/2887, RJL2018/2953, RJL2018/2975, RJL2018/2977, RJL2018/2978 och RJL2018/3087
Beslut m.m. från Socialstyrelsen	
Cirkulär från SKL	
Beslut från SKL	
Arbetsmiljöverket	

Sveriges Europakontor Småland-Blekinge	
Patientföreningar, Länspensionärsrådet (LPR), Länsrådet för funktionsnedsättningar (LFF), m.m.	
Övrigt	

Dokument

Utskriftsdatum: 2018-11-29 **Utskriven av:** Lisa Melander

Diarieenhet: Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

Beskrivning av sökning:

Remisser November

Id Datum Ärendenummer	I/U/K	Beskrivning Avsändare/Mottagare Ärendemening	Ansvarig Avdelning Dokumenttyp
2018.10762	I	Remiss-Ny översiktsplan Habo kommun	Karin Henriksson
2018-11-01		Habo kommun	Länstrafiken
RJL 2018/2875		Remiss-Ny översiktsplan Habo kommun	REMISS
2018.10793	I	Remiss - Förslag till nya föreskrifter (HSLF-FS 2018:xx) och ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:9) och (HSLF-FS 2016:34)	Evelina Örn
2018-11-01		Läkemedelsverket	Regionens åtagande
RJL 2018/2890		Remiss - Förslag till nya föreskrifter (HSLF-FS 2018:xx) och ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:9) och (HSLF-FS 2016:34)	REMISS
2018.10794	I	Remiss-Ny översiktsplan Habo kommun	Emil Hesse
2018-11-01		Habo Kommun	Regionens åtagande
RJL 2018/2891		Remiss-Ny översiktsplan Habo kommun	REMISS
2018.11086	I	Remiss	Lena Strand
2018-11-09		Regeringskansliets	Regionens åtagande
RJL 2018/2971		Betänkandet Rätt att forska – Långsiktig reglering av forskningsdatabaser (SOU 2018:36)	REMISS
2018.11186	I	Remiss - förslag till Miljö- och riskfaktorer i Linköpings kommun, tillägg till översiktsplan	Linda Byman
2018-11-14		Linköpings kommun Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen	Regionens åtagande
RJL 2018/3005		Remiss - förslag till Miljö- och riskfaktorer i Linköpings kommun, tillägg till översiktsplan	REMISS

Dokument

Utskriftsdatum: 2018-11-29 **Utskriven av:** Lisa Melander

Diarieenhet: Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

Beskrivning av sökning:

Motion November

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		**Avsändare/Mottagare**	**Avdelning**
Ärendenummer		**Ärendemening**	**Dokumenttyp**
107485	K	Äldrepsykiatriska mobil team	Anette Peterson
2018-11-12		Nämnd för Folkhälsa och sjukvård	Regionens åtagande
RJL 2018/1409		Motion - Äldrepsykiatriska mobil team	MOTION
107548	K	Lärcaféer som integrerad del av vården	Anette Peterson
2018-11-12		Nämnd för Folkhälsa och sjukvård	Regionens åtagande
RJL 2018/1607		Motion - Lärcaféer som integrerad del av vården	MOTION

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 162

Skrivelse från Vänsterpartiet – Angående urologen vid Höglandssjukhuset

Diarienummer: RJL2018/3098

Beslut

- Regiondirektören medverkar och besvarar skrivelsen vid nämndens sammanträde.

Information i ärendet

Skrivelse från Elisabeth Töre, Bengt-Ove Eriksson och Mikael Ekvall, Vänsterpartiet.

”Det har kommit till vår kännedom att det just nu planeras och genomförs förändringar vid urologen på Höglandssjukhuset. Det ska röra sig om att patienter ska flyttas till Ryhov och en temporär nedstängning av vårdplatser vid urologen i Eksjö. Vårdplatserna skall möjligen hyras ut i andra hand till andra verksamhetsområden, exempelvis medicinkliniken. Vänsterpartiet ser oroligt på denna förändring eftersom förförståelsen och det historiska perspektivet ger oss all anledning att anlägga ett kritiskt förhållningsätt. För att få klarhet i frågan och för att politiken skall involveras och informeras begär Vänsterpartiet svar på följande frågor vid nästkommande nämndssammanträde den 11 december 2018.

- *Pågår det ett arbete med att flytta urologpatienter från Höglandssjukhuset till Länssjukhuset Ryhov?*

Om svaret på ovanstående fråga är JA så följer nedan följdfrågor:

- *Ska vårdplatserna som i så fall blir lediga i Eksjö istället besättas av andra patienter och är det tanken att den vårdpersonal som arbetat med urologpatienter helt plötsligt skall vårda andra typer av patienter?*
- *Varför har inte nämnden informerats om förändringsarbetet?*
- *På vilket sett har samverkan med de fackliga organisationerna genomförts och med vilken varsel har*

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

man kunnat göra konsekvensanalyser?"

Beslutsunderlag

- Skrivelse från Vänsterpartiet daterad 2018-11-23

Beslutet skickas till
Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Vänsterpartiet i Region
Jönköpings län

Skrivelse

Region
Jönköpings län
2018 -11- 26
Dnr RJL 2018/

2018 11 23

Till Nämnden för folkhälsa
och sjukvård

Angående urologen vid Höglandssjukhuset

Det har kommit till vår kännedom att det just nu planeras och genomförs förändringar vid urologen på Höglandssjukhuset. Det ska röra sig om att patienter ska flyttas till Ryhov och en temporär nedstängning av vårdplatser vid urologen i Eksjö. Vårdplatserna skall möjligen hyras ut i andra hand till andra verksamhetsområden, exempelvis medicinkliniken. Vänsterpartiet ser oroligt på denna förändring eftersom förförståelsen och det historiska perspektivet ger oss all anledning att anlägga ett kritiskt förhållningsätt. För att få klarhet i frågan och för att politiken skall involveras och informeras begär Vänsterpartiet svar på följande frågor vid nästkommande nämndssammanträde den 11 december 2018.

- **Pågår det ett arbete med att flytta urologpatienter från Höglandssjukhuset till Länssjukhuset Ryhov?**

Om svaret på ovanstående fråga är JA så följer nedan följdfrågor:

- **Ska vårdplatserna som i så fall blir lediga i Eksjö istället besättas av andra patienter och är det tanken att den vårdpersonal som arbetat med urologpatienter helt plötsligt skall vårda andra typer av patienter?**

- **Varför har inte nämnden informerats om förändringsarbetet?**

- **På vilket sett har samverkan med de fackliga organisationerna genomförts och med vilken varsel har man kunnat göra konsekvensanalyser?**

Elisabeth Töre (V)
Nämnden för Folkhälsa och sjukvård

Bengt-Ove Eriksson (V)
Ersättare, Nämnden för Folkhälsa och sjukvård

Mikael Ekvall (V)
Gruppledare

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 157 Motion – Äldrepsykiatriska mobil team

Diarienummer: RJL2018/1409

Beslut
Nämnden föreslås

- Avslå motionen.

Sammanfattning
Anne Karlsson, Anders Gustafsson, Anita Winberg, Robert Andersson, Sverigedemokraterna föreslår i motionen Äldrepsykiatriskt mobilt team att:

- regionen utreder förutsättningarna för att inrätta ett äldrepsykiatriskt mobilt team dit äldre anhöriga med depression kan vända sig och få snabb hjälp.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-11-21

Beslutet skickas till
Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Regionfullmäktige

Äldrepsykiatriska mobil team

Förslag till beslut

Nämnden föreslår regionfullmäktige

- Avslå motionen.

Sammanfattning

Anne Karlsson, Anders Gustafsson, Anita Winberg, Robert Andersson, Sverigedemokraterna föreslår i motionen Äldrepsykiatriskt mobilt team att:

- regionen utreder förutsättningarna för att inrätta ett äldrepsykiatriskt mobilt team dit äldre anhöriga med depression kan vända sig och få snabb hjälp.

Nämnden har fått information och presidiet har behandlat motionen och föreslår att den avslås.

Information i ärendet

Vad pågår inom området?

Inom området äldre med psykisk ohälsa finns aktiviteter och åtgärder på flera nivåer.

Nationell nivå:

- Inventering gjord 2017 av Svensk förening för äldrepsykiatri. Resultatet visar bl.a. att specialiserad verksamhet för äldre med vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och psykos saknas i majoriteten av landets landsting/regioner
- Psyk-e senior - Ny modul i webbaserad utbildning, implementeras i RJL under 2018 och 2019
- Nationell kunskapsstyrning - Äldres psykiska hälsa är ett planerat område

Sydöstra sjukvårdsregionen:

- ST-kurs i äldrepsykiatri planeras till nästa år för läkare under specialistutbildning

Region Jönköpings län:

- Strategigrupp äldre
- Tillsammansarbetet - Samverkan specialistpsykiatri och primärvård

- Strategin: Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län Äldres hälsa och livsvillkor (tre övergripande mål och 10 aktiviteter för att utjämna skillnader i hälsa hos äldre)
- Äldreprocessen inom geriatrisk vård i Region Jönköpings län
- Region Jönköpings län har ingen äldrepsykiater i regionen och det finns väldigt få i landet

I UTBLICK FOLKHÄLSA, januari 2018 som ges ut av Folkhälsomyndigheten refereras till en litteraturöversikt av Okolie och medarbetare visar att primärvården är en viktig arena för att förebygga suicidalt beteende (suicid, suicidförsök och självskadebeteende) bland äldre. Effektiva insatser är till exempel att utbilda personal inom primärvården i att känna igen riskfaktorer för suicid hos äldre. Även behandling av depression genom sammansatta insatser som integrerar flera vårdgivare (s.k. collaborative care) minskar risken för suicidalt beteende hos äldre.

Forskning om suicid bland män och kvinnor

Wolfgang Rutz, psykiater och medicine doktor beskriver ”förluster” som påverkar män och kvinnor. När det gäller män handlar det om roll och yrkestillhörighet/titel, medan för kvinnor handlar det mer om sociala sammanhang och sociala kontakter

Margda Waern, Professor/överläkare i allmän psykiatri, suicidologi beskriver att i forskning går det att se att den försämrade fysiska hälsa som kan inträda i och med åldrandet påverkar män och kvinnor olika. Det verkar som om när livet begränsas av en kroppslig sjukdom eller en funktionsnedsättning har äldre män svårare att känna mening i livet än vad kvinnorna gör.

Ulla-Karin Nyberg, psykiater, med.dr. och suicidforskare tar upp att det är viktigt att våga prata med människor om hopp och mening. Viktigt med de existentiella samtalen.

Statistik

I undersökningar uppger personer 65 år och äldre mer sällan att de mår psykiskt dåligt och har tankar på suicid. Suicid är vanligare bland äldre män, även om andelen har minskat de senaste tio åren. Bland män över 65 år är det cirka 23 per 100 000 invånare som tar sitt liv att jämföra med cirka19 i gruppen män 20-64 år. I gruppen män 80-84 år är det cirka 34 per 100 000 invånare. (Socialstyrelsen nyhet 2018-10-04)

Tabell 1: Antal säkra och osäkra självmord bland personer i olika åldersgrupper, 2015 och 2016, Sverige

År 2015 / 2016	0-14 år	15-25 år	25-44 år	45-64 år	65+	Totalt
Män	4/2	97/70	319/233	407/271	265/207	1092/783
Kvinnor	8/3	46/36	128/91	161/125	119/96	462/351
Totalt	12/5	143/106	447/324	568/396	384/303	1554/1134

Antal säkra och osäkra självmord bland personer i olika åldersgrupper 2014, 2015 och 2016, Jönköpings län

År 2014/ 2015 / 2016	0-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65+	Totalt
Män	0/0/0	4/4/3	7/6/7	14/18/15	4/8/4	28/36/29
Kvinnor	0/1/0	0/1/0	3/1/4	4/3/7	5/5/5	12/11/16
Totalt	0/1/0	4/5/3	10/7/11	18/21/22	9/13/9	41/47/45

Sammanfattning

Inom Region Jönköpings län pågår ett antal aktiviteter och åtgärder som rör äldre och deras psykiska hälsa. De psykiatriska mobila team som finns har ingen övre åldersgräns utan nyttjas även för äldre personer med psykisk sjukdom. Primärvården och den kommunala hemsjukvården har en viktig roll i arbetet med den psykiska ohälsan. De finns nära och möter äldre personer och deras anhöriga i störst utsträckning och kan tidigt upptäcka äldre med risk för depression eller suicidtankar.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-11-21
- Protokollsutdrag nämnden 2018-10-16
- Protokollsutdrag presidiet 2018-10-03
- Regionfullmäktige 2018-06-19
- Motion Äldrepsykiatriskt mobilt team 2018-05-23

Beslut skickas till

Regionstyrelsen

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Nämnd för Folkhälsa och sjukvård

Äldrepsykiatriska mobil team

Inledning

Med anledning av motion från Anne Karlsson, Anders Gustafsson, Anita Winberg, Robert Andersson, Sverigedemokraterna lämnas information i ärendet till Nämnd för Folkhälsa och sjukvård. Efter behandling i Nämnd för Folkhälsa och sjukvård skrivs förslag till beslut.

Information i ärendet

Anne Karlsson, Anders Gustafsson, Anita Winberg, Robert Andersson, Sverigedemokraterna föreslår i motionen Äldrepsykiatriskt mobilt team att:

- regionen utreder förutsättningarna för att inrätta ett äldrepsykiatriskt mobilt team dit äldre anhöriga med depression kan vända sig och få snabb hjälp.

Vad pågår inom området?

Inom området äldre med psykisk ohälsa finns aktiviteter och åtgärder på flera nivåer.
Nationell nivå:

- Inventering gjord 2017 av Svensk förening för äldrepsykiatri. Resultatet visar bl.a. att specialiserad verksamhet för äldre med vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och psykos saknas i majoriteten av landets landsting/regioner
- Psyk-e senior - Ny modul i webbaserad utbildning, implementeras i RJL under 2018 och 2019
- Nationell kunskapsstyrning - Äldres psykiska hälsa är ett planerat område

Sydöstra sjukvårdsregionen:

- ST-kurs i äldrepsykiatri planeras till nästa år för läkare under specialistutbildning

Region Jönköpings län:

- Strategigrupp äldre
- Tillsammansarbetet - Samverkan specialistpsykiatri och primärvård
- Strategin: Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län Äldres hälsa och livsvillkor (tre övergripande mål och 10 aktiviteter för att utjämna skillnader i hälsa hos äldre)

- Äldreprocessen inom geriatrisk vård i Region Jönköpings län
- Region Jönköpings län har ingen äldrepsykiater i regionen och det finns väldigt få i landet

I UTBLICK FOLKHÄLSA, januari 2018 som ges ut av Folkhälsomyndigheten refereras till en litteraturöversikt av Okolie och medarbetare visar att primärvården är en viktig arena för att förebygga suicidalt beteende (suicid, suicidförsök och självskadebeteende) bland äldre. Effektiva insatser är till exempel att utbilda personal inom primärvården i att känna igen riskfaktorer för suicid hos äldre. Även behandling av depression genom sammansatta insatser som integrerar flera vårdgivare (s.k. collaborative care) minskar risken för suicidalt beteende hos äldre.

Forskning om suicid bland män och kvinnor

Wolfgang Rutz, psykiater och medicine doktor beskriver ”förluster” som påverkar män och kvinnor. När det gäller män handlar det om roll och yrkestillhörighet/titel, medan för kvinnor handlar det mer om sociala sammanhang och sociala kontakter

Margda Waern, Professor/överläkare i allmän psykiatri, suicidologi beskriver att i forskning går det att se att den försämrade fysiska hälsa som kan inträda i och med åldrandet påverkar män och kvinnor olika. Det verkar som om när livet begränsas av en kroppslig sjukdom eller en funktionsnedsättning har äldre män svårare att känna mening i livet än vad kvinnorna gör.

Ulla-Karin Nyberg, psykiater, med.dr. och suicidforskare tar upp att det är viktigt att våga prata med människor om hopp och mening. Viktigt med de existentiella samtalen.

Statistik

I undersökningar uppger personer 65 år och äldre mer sällan att de mår psykiskt dåligt och har tankar på suicid. Suicid är vanligare bland äldre män, även om andelen har minskat de senaste tio åren. Bland män över 65 år är det cirka 23 per 100 000 invånare som tar sitt liv att jämföra med cirka19 i gruppen män 20-64 år. I gruppen män 80-84 år är det cirka 34 per 100 000 invånare. (Socialstyrelsen nyhet 2018-10-04)

Tabell 1: Antal säkra och osäkra självmord bland personer i olika åldersgrupper, 2015 och 2016, Sverige

År 2015 / 2016	0-14 år	15-25 år	25-44 år	45-64 år	65+	Totalt
Män	4/2	97/70	319/233	407/271	265/207	1092/783
Kvinnor	8/3	46/36	128/91	161/125	119/96	462/351
Totalt	12/5	143/106	447/324	568/396	384/303	1554/1134

Antal säkra och osäkra självmord bland personer i olika åldersgrupper 2014, 2015 och 2016, Jönköpings län

År 2014/ 2015 / 2016	0-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65+	Totalt
Män	0/0/0	4/4/3	7/6/7	14/18/15	4/8/4	28/36/29
Kvinnor	0/1/0	0/1/0	3/1/4	4/3/7	5/5/5	12/11/16
Totalt	0/1/0	4/5/3	10/7/11	18/21/22	9/13/9	41/47/45

Sammanfattning

Inom Region Jönköpings län pågår ett antal aktiviteter och åtgärder som rör äldre och deras psykiska hälsa. De psykiatriska mobila team som finns har ingen övre åldersgräns utan nyttjas även för äldre personer med psykisk sjukdom. Primärvården och den kommunala hemsjukvården har en viktig roll i arbetet med den psykiska ohälsan. De finns nära och möter äldre personer och deras anhöriga i störst utsträckning och kan tidigt upptäcka äldre med risk för depression eller suicidtankar.

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Nämnden för Folkhälsa och sjukvård §§ 94-107

Tid: 2018-10-16, kl 13:00-16:15

Plats: Sal A, Regionens hus

§ 99 Informationsärenden och aktuell information

Vid förmiddagens gruppmöten informerade regeringens utredare Anna Nergårdh, om Remiss SOU 2018:39 God och Nära vård – en primärvårdsreform (RJL2018/1862).

Mårten Lindström informerar om läkemedel.

Maria Ekelund och Gunnar Persson informerar om barnprocessen inför beslut i ärendet § 105.

Axel Ros informerar om patientsäkerhet och IVO-ärenden.

Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar om:

- Motion – Äldrepsykiatriska mobil team
  Diarienummer: RJL2018/1409

Regionledningskontoret får i uppdrag att ta fram faktaunderlag till presidiet.

- Motion – Lärcaféer som integrerad del av vården
  Diarienummer: RJL2018/1607

Regionledningskontoret får i uppdrag att ta fram faktaunderlag till presidiet.

- Rapporten om sommaren 2018 presenteras vid nämndens sammanträde i november.
- Bemanningssituationen på sjukhusen och inom vårdcentralerna Bra Liv.
- Vårdplatsneddragningar

Presidiets protokoll
Protokollet läggs till handlingarna.

Frågor
Följande frågor ställs nu och ska besvaras vid nämndens

Nämnden för Folkhälsa och sjukvård §§ 94-107

Tid: 2018-10-16, kl 13:00-16:15

sammanträde den 20 november.
Jimmy Ekström ställer följande frågor:
Enligt skrivning i budgeten ska ungdomar vara fria att söka den ungdomsmottagning man själv önskar. Hur säkerställer vi att detta efterlevs i praktiken?
Hur förs diskussionerna mellan Region och Primärkommunerna kring framtida organisering av ungdomsmottagningarna i länet och den gemensamma finansieringen av dessa?

Eva Eliasson ställer följande frågor:
1. Tele-Q-uppringning fungerar inte som det utlovats med uppringning d.v.s. när personerna lämnat personuppgifter och telefonnummer. Flera personer har delgivit att de fått vänta upptill 4 - 5 dagar innan de blivit uppringda.
Vad beror detta på?
Hur åtgärdas detta?
Detta är en patientsäkerhetsfråga att få vänta på att bli uppringd i flera dagar är inte okey och notera att även förtroendet för verksamheten har "naggats" i kanten markant.

2. I Gislaveds primärvårdsområde har Anderstorps vårdcentral inte öppnats efter semesteruppehållet och detta innebär att ca 5 000 patienter nu kommit över till Gislaveds vårdcentral. Där är väntetiden för bokade läkarbesök nu 4 veckor, vilket inte är rimligt för den enskilde.
(Från verksamheten har man uppgivit brist på sjuksköterskor som grundorsaken, med undanträngningseffekter för den ordinarie verksamheten bl.a. med väntetid till läkarbesök på 4 v är orimligt.)
Samtidigt är Reftele vårdcentral f.n. stängd och de ca 3 000 listade patienterna hänvisas till Smålandsstenar och frågan som nu "snurrar" är att detta är en smygnedläggning som sker?
Vad är planeringen framåt och hur ”kompetenssäkrar” regionen upp detta område?
Det gäller ca 30 000 personer som berörs av ovanstående.

Chefscontrollern informerar om månadsuppföljning för september samt om delårsrapport tertial 2 2018.
Delårsrapporter 2018 från verksamhetsområden läggs till

Nämnden för Folkhälsa och sjukvård §§ 94-107

Tid: 2018-10-16, kl 13:00-16:15

handlingarna.

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk Thomas Bäuml Anne Karlsson

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 121-134

Tid: 2018-10-03, kl 08:00-10:25

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 122 **Informationsärenden**

- Agneta Ståhl informerar om personalsituationen på medicin-geriatriken på Höglandssjukhuset Eksjö.

Aktuell information från hälso- och sjukvårdsstrategen:

- 100 personer deltog i förra veckans Workshop i Tillsammans strategin.
- Anna Nergårdh träffar nämnden angående God och Nära vård den 16 oktober kl 11:00-11:45.
- Rapporten om sommarsituationen redovisas vid presidiets sammanträde den 8 november.

- Inkomna promemorior, remisser och motioner under augusti och september 2018.
  Informationen lämnas till nämnden.

- Ekonomisk uppföljning av nämndens anslag för politisk verksamhet t.o.m. augusti 2018.
  Informationen läggs till handlingarna.

- Motion – Äldrepsykiatriska mobil team
  Diarienummer: RJL2018/1409

Kort information lämnas till nämnden den 16 oktober.

- Motion – Lärcaféer som integrerad del av vården
  Diarienummer: RJL2018/1607

Kort information lämnas till nämnden den 16 oktober.

Informationsärenden till nämnden

Information om patientsäkerhet och IVO-ärenden
Föredragande: Axel Ros, cheföverläkare
Tid: 30 minuter (20+10)

Information om läkemedel
Föredragande: Mårten Lindström, överläkare
Tid: 30 minuter (20+10)

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 121-134

Tid: 2018-10-03, kl 08:00-10:25

Månadsrapport t.o.m. september.

Delårsrapporter 2018, verksamhetsområden
Diarienummer: RJL2018/231

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Regionfullmäktige §§ 69-83

Tid: 2018-06-19, kl 09:00-17:30

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum, Jönköping

§ 81 **Fördelning av inkomna motioner**

Följande motioner remitteras till regionstyrelsen för handläggning/åtgärd:

- Motion – Äldrepsykiatriska mobila team – Dnr: RJL 2018/1409
- Motion – Lärcaféer som integrerad del av vården Dnr: RJL 2018/1607

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Hans Rocén (M) Ordförande

Anders Bengtsson (M)

Anders Berglund (S)

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Region Jönköpings län

2018 -05- 23

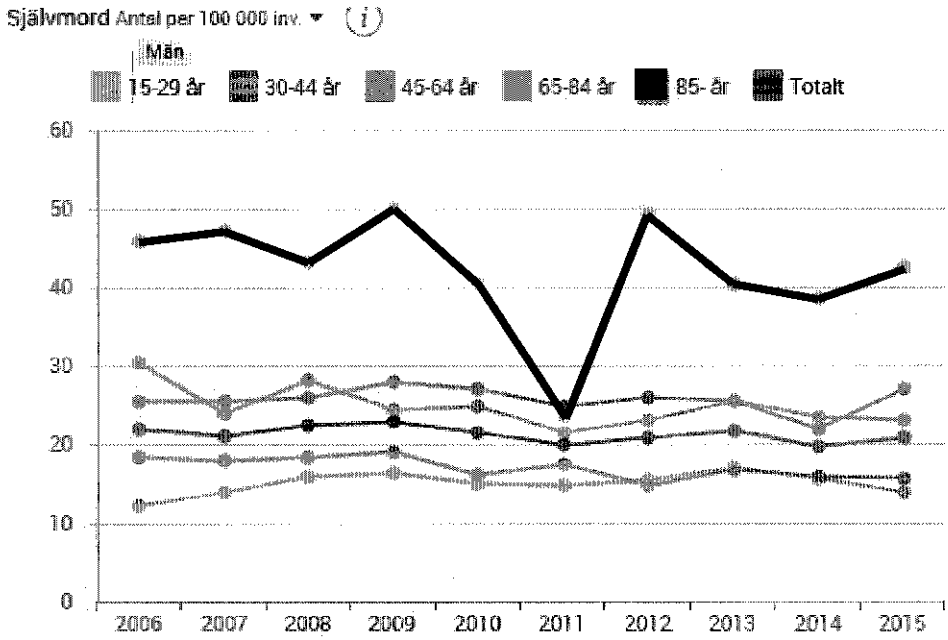
Dnr. RJL 2018/1409

Motion | Sverigedemokraterna
Region Jönköpings län

Äldrepsykiatriskt mobilt team

Äldre personer har en högre risk att drabbas av depression på äldre dar. Depressioner kan förvärra en kroppslig sjukdom. Depression är också vanligaste orsaken till självmord bland äldre.

Vad inte många vet är att depression och självmord är betydligt vanligare bland äldre än bland yngre. Äldres självmord utgör ungefär en fjärdedel av alla självmord i landet. Allra värst är det bland män över 85 år.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Av landets 21 landsting/regioner är det 11 st. som har specialistinriktning mot äldrepsykiatri. Region Uppsala har ett framgångsrikt mobilt team för konsultationer, handledning och pedagogiska insatser. Här arbetar sjuksköterskor, skötare och kuratorer, samt finns tillgång till psykolog.
I Region Jönköping finns endast specialistpsykiatri i två spår, under 18 år och över 18 år.

Ett mobilt team med äldrepsykiatrisk kompetens för våra äldre i länet skulle snabbt kunna stötta anhöriga och äldre som får depression eller suicidtankar. Det är framförallt ett förebyggande arbete som kan minska kostnaderna och kanske förebygga självmord genom att tidigt sätta in rätt insats.

Sverigedemokraterna föreslår därför regionfullmäktige besluta att:

- regionen utreder förutsättningarna för att inrätta ett äldrepsykiatriskt mobilt team dit äldre och anhöriga med depression kan vända sig och få snabb hjälp.

Anne Karlsson Anders Gustafsson Amelia Wünberg Robert [illegible]

[illegible] Samuel [illegible] Elisabeth [illegible]

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 154 **Informationsärenden**

Aktuell information från hälso- och sjukvårdsdirektören:

- Renovering av Mullsjö vårdcentral
- Broddar
- 4:e workshopen i Tillsammansarbetet
- Statliga överenskommelser
- Rotavirusvaccination

- Ekonomisk uppföljning av nämndens anslag för politisk verksamhet t.o.m. oktober 2018.

Informationen läggs till handlingarna.

- Motion – Generalplan för våra tre akutsjukhus
  Diarienummer: RJL2018/1872

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet i februari.

- Motion – Prioritera psykvården
  Diarienummer: RJL2018/1991

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet i februari.

- Motion – Bevara våra tre akutsjukhus
  Diarienummer: RJL2018/1993

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet i februari.

Informationsärenden till nämnden

Information om Utredning om vårdval ögonsjukvård
Föredragande Jörgen Striem, utredare

Information Återrapport av uppdrag i Budget 2018 - Utvärdering av vårdplatsneddragningar
Diarienummer: RJL2017/83
Föredragande ?

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Region Jönköpings län

MISSIV

2018-11-21 RJL2017/83

Nämnd för Folkhälsa och sjukvård

Utvärdering av vårdval ögon i Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande rapport som utvärdering av vårdval inom ögonsjukvården i Region Jönköpings län

Sammanfattning

Utredningen beskriver att ögonsjukvården i Region Jönköpings län fungerar väl:

- Region Jönköpings län har bättre tillgänglighet till ögonsjukvård än rikets genomsnitt.
- Ögonsjukvården bedöms över lag vara säker och av god kvalitet.
- Region Jönköpings län har lyckats bättre med kostnadskontrollen inom vårdvalet än andra landsting. Kostnaderna för vårdval i ögonsjukvården ligger inom budget.

Utredningen visar att en avveckling av vårdval ögon får konsekvenser. Sjukhusens kapacitet måste öka ifall vårdvalet och de privata mottagningarna avvecklas.

Utredningen visar även att det finns ett antal förbättringsområden och behov av fortsatt utveckling oavsett om vårdval inom ögonsjukvård avvecklas eller inte.

Information i ärendet

I Budget och verksamhetsplan för 2018 gavs ett uppdrag att genomföra en utvärdering och påbörja en avveckling av vårdval inom ögon.

En rapport är framtagen av Medivation Utveckling AB.

Region Jönköpings län har avtal med åtta leverantörer inom vårdval ögon, varav fem privata. Ögonklinikerna vid Region Jönköpings läns tre akutsjukhus har också avtal inom vårdvalet. Avtalen gäller till och med 2020-12-31. Ett beslut om

avveckling av vårdvalet måste tas så att besked har gått ut till berörda verksamheter senast 2019-12-31.

Uppdraget var att utredningen skulle belysa:

- Effekter av vårdvalet, drygt fyra år efter införandet (ett före- och efter-perspektiv) baserat på produktion, tillgänglighet, kvalitet, kompetens-försörjning och ekonomi.
- Olika aktörers uppfattningar om vårdvalets effekter.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2018-11-21
- Rapport – Utvärdering av vårdval ögon 2014-2018 i Region Jönköpings län

Beslut skickas till

Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård

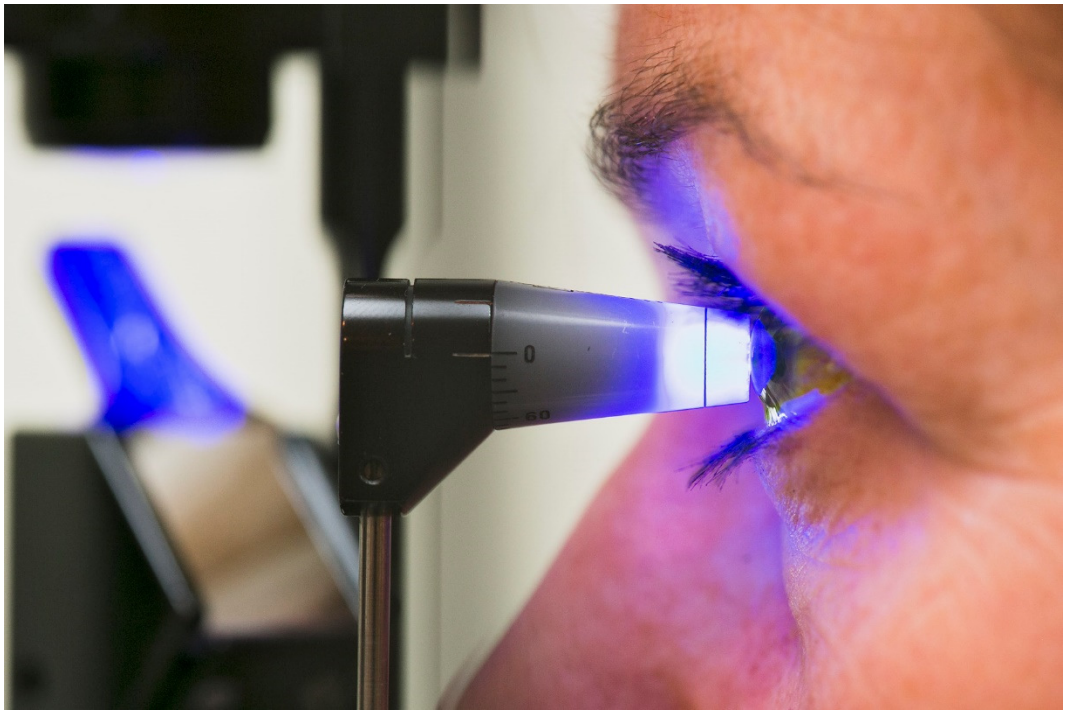
REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

MEDIVATION UTVECKLING AB
Jörgen Striem

Utvärdering av
vårdval ögon 2014-2018
i Region Jönköpings län



November 2018

Innehåll

1 Sammanfattning ... 3
2 Inledning ... 7
2.1 Bakgrund ... 7
2.2 Vårdvalets övergripande uppdrag ... 7
2.3 Regionens övergripande mål för vårdvalet ... 7
2.4 Uppdraget ... 8
2.5 Metod ... 8
2.6 Rapportens disposition ... 9
3 Författningar och andra nationella dokument ... 11
3.1 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) – HSL ... 11
3.2 Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) ... 12
3.3 Patientsäkerhetslag (2010:659) ... 13
3.4 Patientlag (2014:821) ... 13
3.5 Lag om offentlig upphandling (2016:1145) – LOU ... 13
3.6 Lag om valfrihetssystem (2008:962) – LOV ... 13
3.7 Myndigheters föreskrifter ... 15
4 Tillitsbaserad styrning och ledning ... 17
5 Ögonsjukvården i ett nationellt perspektiv ... 19
5.1 Tre vanliga ögonsjukdomar ... 19
5.2 Nationella krav på ögonsjukvård ... 22
5.3 Vårdvalssystem inom ögonsjukvården ... 24
5.4 Erfarenheter från andra landsting med vårdval inom ögonsjukvården 26
6 Ögonsjukvården i Jönköping ... 31
6.1 Vårdval ögonsjukvård i Region Jönköpings län ... 31
6.2 Vårdgivare inom vårdvalet ... 31
6.3 Krav på ögonsjukvården inom vårdvalet ... 32
6.4 Uppföljning ... 34
7 Intervjuer med verksamhetsföreträdare ... 37
7.1 Allmänna synpunkter på vårdvalet ... 37
7.2 Uppdraget ... 38
7.3 Produktion, tillgänglighet och kontinuitet ... 39
7.4 Vård efter behov ... 40
7.5 Kvalitet ... 40
7.6 Kompetensförsörjning och arbetsmiljö ... 40
7.7 Samverkan ... 41
7.8 Ekonomi ... 42

7.9 Regionens uppföljning av leverantörerna 42
7.10 Övriga synpunkter 42
7.11 Effekter vid eventuell avveckling av vårdvalet 43
8 Resultat 45
8.1 Produktion 45
8.2 Tillgänglighet 48
8.3 Kvalitet och patientsäkerhet 53
8.4 Kompetensförsörjning 54
8.5 Samverkan 55
8.6 Ekonomi 55
9 Diskussion och rekommendationer 57
9.1 Motiven för en avveckling av vårdvalet 57
9.2 Ögonsjukvården 2014-2018 58
9.3 Konsekvenser av en avveckling av vårdvalet 62
9.4 Förslag till fortsatt utveckling 64
10 Referenser 67
10.1 Författningar 67
10.2 Övriga referenser 67

1 Sammanfattning

Vårdval ögon startade 2014

I april 2014 startade Region Jönköpings län ett vårdval inom den specialiserade ögonsjukvården. Vårdvalet ska ”stödja individens önskan att påverka sin vård och behandling och fatta självständiga beslut om var, när och av vem”.

Vårdvalet innebär att samtliga vårdgivare som fyller kraven i regionens förfrågningsunderlag har rätt att teckna ett avtal om att utföra vård, samt att patienterna har rätt att välja vilken vårdgivare som ska utföra vården.

Vårdvalet är ifrågasatt

Av regionfullmäktiges budget med utvecklingsplan 2018 framgår: ”Inom den specialiserade vården finns idag vårdval inom ögonsjukvården, vilket ger privata aktörer möjlighet att erbjuda ögonsjukvård. För att säkerställa vård efter behov är inriktningen att den specialiserade vården inte ska drivas inom ramen för vårdval.”

Regionfullmäktige beslöt att utvärdera vårdvalet. Regionledningskontoret gav uppdraget till Medivation Utveckling AB.

Författningar reglerar regionens möjligheter att styra utvecklingen

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att:

- De med störst behov ska ges företräde till vården.
- Landstinget ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.
- Landstinget ska främja kostnadseffektivitet.
- Om landstinget inte klarar vårdgarantin så ska patienten utan extra kostnad få vård hos en annan vårdgivare.

Patientlagen föreskriver att patienten har rätt att välja bland offentligt finansierade utförare av öppen vård, oavsett var vården utförs.

Vårdgivare som har avtal med ett annat landsting har rätt att bedriva verksamhet i Region Jönköpings län.

Ögonsjukvården i Region Jönköpings län fungerar väl

Nya mottagningar har öppnat sedan vårdvalet infördes. Kapaciteten för ögonsjukvård har ökat. Patientkontakterna ökade totalt med 48 % åren 2014-2017. Den största ökningen avser sjukdomar i retina (näthinnan), men även glaukom och katarakt har ökat kraftigt.

Region Jönköpings län har bättre tillgänglighet till ögonsjukvård än rikets genomsnitt. Det har på senare tid skett en viss försämring i riket och i regionen. Det kan inom regionens ögonsjukvård delvis förklaras med att kapaciteten har ”slagit i taket” som en följd av den kraftigt ökade vårdproduktionen.

Ca 50 % av patienterna med kroniska ögonsjukdomar får återbesök inom medicinskt måldatum. Det går inte att avgöra om återbesöken sker i annan utsträckning idag än de gjorde före vårdvalet. De privata mottagningarna har inte lägre andel återbesök inom måldatum än sjukhusen.

Regionledningskontorets tjänstemän bedömer att undanträngningseffekter endast förekommer i begränsad utsträckning. Det ökade antalet patient-kontakter för kroniskt sjuka styrker Regionledningskontorets bedömning.

Regionledningskontorets tjänstemän bedömer att överbehandling endast förekommer i begränsad utsträckning. Det är exempelvis positivt och i linje med nationella rekommendationer att kataraktpatienter opereras tidigt i förloppet.

Ögonsjukvården bedöms över lag vara säker och av god kvalitet.

Många erfarna läkare, ögonsjuksköterskor och vårdadministratörer lämnade sjukhusen och tog anställning vid privata mottagningar när vårdvalet infördes. Det är idag balans på läkarsidan eftersom nyrekryteringen av ST-läkare har varit god. Utbildningen av nya ögonläkare och ögonsjuksköterskor sker vid sjukhusen.

Initialt präglades relationerna mellan mottagningarna av konkurrens. Relationerna och samarbetet har förbättrats, bland annat som en följd av regelbundna möten i den medicinska programgruppen.

Regionen har lyckats bättre med kostnadskontrollen inom vårdvalet än andra landsting. Kostnaderna för vårdvalet inom ögonsjukvården håller budget. För 2018 prognostiseras att Region Jönköpings län får ett nettoöverskott på 14,3 mnkr för vård av ögonpatienter från andra län.

Regionledningskontorets uppföljning av ögonmottagningarna präglas av en balans mellan en kontroll av att leverantörerna följer avtalen och en dialog som stimulerar samarbete och utveckling.

Har patienterna tillgång till vård efter behov?

Det ökade antalet vårdkontakter för kroniskt sjuka talar för att de mest behövande har dragit nytta av att kapaciteten har ökat.

Den enda vägledningen till behovsbaserad ögonsjukvård som finns är Sveriges ögonläkarförenings prioriteringslista. Det saknas en systematisk uppföljning av i vilken utsträckning listan följs. Det går inte att bedöma ifall den följdes bättre eller sämre innan vårdvalet infördes.

En avveckling av vårdvalet får konsekvenser

Sjukhusens kapacitet måste öka ifall vårdvalet och de privata mottagningarna avvecklas. Sjukhusklinikerna måste utöka sin personal och få tillgång till större lokaler, i synnerhet lokaler och utrustning för operationer.

Det är osäkert i vilken utsträckning personal som har lämnat den offentliga vården är beredd att återvända.

Ifall de privata mottagningarna avvecklas och sjukhusens ögonkliniker inte kan öka sin kapacitet inom överskådlig tid, så kommer det leda till sämre tillgänglighet och längre köer. Det innebär att möjligheterna till vård efter behov försämras.

De privata mottagningar som har, eller sluter, ett avtal med något annat landsting kan fortsätta sin verksamhet i Region Jönköpings län. Det landsting som mottagningen har avtalet med ansvarar för uppföljningen av vården och för den ekonomiska hanteringen.

- Region Jönköpings läns möjligheter att styra och följa upp den privata ögonsjukvården i regionen minskar, eftersom andra landsting har avtalen med mottagningarna.
- Regionens nettointäkter för vård av patienter från andra län försvinner. Regionen får i stället ersätta andra landsting för den ögonsjukvård som privata mottagningar bedriver i Region Jönköpings län.

Privat ögonsjukvård upphandlad enligt LOU (lagen om offentlig upphandling) kan vara ett sätt att bibehålla en god kapacitet och en god tillgänglighet. Frågan är vad patienterna och regionen skulle vinna genom ett byte från vårdval enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) till upphandlad vård enligt LOU.

En avveckling av vårdvalet bör förberedas noga så att patienternas tillgång till ögonsjukvård inte minskar drastiskt som en följd av minskad kapacitet. De juridiska möjligheterna och förutsättningarna för regionen och för verksamheterna bör utredas.

Det finns förbättringsmöjligheter

Medivation vill lämna ett antal förslag till fortsatt utveckling som kan (bör) bedrivas oavsett om vårdvalet avvecklas:

- Förbättra informationen till patienterna om vårdvalet.
- Se över ifall man kan förbättra tillgängligheten ytterligare, exempelvis med hjälp av produktions- och kapacitetsplanering.
- Förbättra uppföljningen av följsamheten till ögonläkarföreningens prioriteringslista. Vidta åtgärder för att förbättra följsamheten.
- Förbättra följsamheten till återbesök inom medicinskt måldatum.
- Överväg att ta fram tydligare riktlinjer för ögonsjukvården i Region Jönköpings län, exempelvis indikationer för kataraktoperationer och riktlinjer för kontroller av glaukompatienter.
- Överväg om man kan säkerställa den långsiktiga kompetensförsörjningen inom ögonsjukvården bättre.
- Överväg om regionens mottagningar bör samarbeta inom jourverksamheten och på vilket sätt det i så fall bör ske.
- Överväg om regionens mottagningar bör samarbeta mer inom utbildningsområdet och på vilket sätt det i så fall bör ske.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Region Jönköpings län[1] införde i april 2014 ett vårdval inom ögonsjukvården. Förutsättningarna för och kraven på leverantörerna inom vårdval ögon framgår av dokumentet (2017) "*Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2018 – Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem*".

Vårdval ögon inom Region Jönköpings län innebär i korthet att alla vårdgivare som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget har rätt att sluta avtal med regionen. Avtalet avser i första hand ett basuppdrag med nybesök och återbesök på ögonläkarmottagning. Remiss fordras för nybesök. Dessutom kan Region Jönköpings län och leverantören sluta avtal om tilläggsuppdrag för ögonbottenfotografering av diabetiker och tilläggsuppdrag för katarakt-operationer. Den vård utanför vårdvalet som ligger kvar i offentlig regi på sjukhusen benämns kvalificerad ögonsjukvård.

Region Jönköpings län har avtal med åtta leverantörer inom vårdval ögon: fem privata samt ögonklinikerna vid Region Jönköpings läns tre akutsjukhus. Avtalen gäller till och med 2020-12-31. Ett beslut om avveckling av vårdvalet måste tas så att besked har gått ut till berörda verksamheter senast 2019-12-31.

Av Region Jönköpings läns budget med utvecklingsplan 2018, antagen av regionfullmäktige, framgår: "Inom den specialiserade vården finns idag vårdval inom ögonsjukvården, vilket ger privata aktörer möjlighet att erbjuda ögonsjuk-vård. För att säkerställa vård efter behov är inriktningen att den specialiserade vården inte ska drivas inom ramen för vårdval. En avveckling av vårdvalet inom ögonsjukvården ska påbörjas. Ett första steg är att ta fram en plan för arbetet under första halvåret 2018 där även en utvärdering av vårdval ögon ingår."

Region Jönköpings läns tjänstemän arbetar med den plan som beslutats i budget med utvecklingsplan 2018. I underlaget ska ingå en utredning som dels utvärderar det befintliga vårdvalet, dels beskriver konsekvenserna av ett avslutat vårdval.

2.2 Vårdvalets övergripande uppdrag

Av förfrågningsunderlaget framgår att regionens vårdvalsmodeller ska stödja individens önskan att påverka sin vård och behandling och fatta självständiga beslut om var, när och av vem.

2.3 Regionens övergripande mål för vårdvalet

Av förfrågningsunderlaget framgår att regionens övergripande mål är att vårdvalet:

- Stärker invånarnas inflytande genom att
  - invånarna väljer vårdgivare.
  - vårdpengen följer invånaren.

[1] Regionen hette tidigare Landstinget i Jönköpings län.

  - vårdgivaren går invånarnas val till mötes.
  - redovisning av kvalitet och resultat är offentliga.
  - vården ges med kontinuitet och bred kompetens.
  - vården ges på lika villkor över hela länet.
- Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens genom att
  - stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus.
  - sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig.
  - kompetensutveckling.
  - utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens.
  - stimulera mångfald av vårdgivare.
  - delta aktivt i forskning och utveckling.
  - handleda och utbilda studenter.
- Styr mot önskvärda resultat genom att
  - ge invånare med störst behov störst vårdpeng.
  - premiera förebyggande arbete.
  - stimulera samverkan och bidra till hälso- och sjukvårdssystemets utveckling.
  - ha hög tillgänglighet.
  - ge patientsäker vård.
  - premiera högsta kvalitet i det kliniska omhändertagandet.
  - stödja kostnadseffektiv vård.

2.4 Uppdraget

Regionledningskontoret[2] uppdrog åt Jörgen Striem, Medivation Utveckling AB (skrivs i fortsättningen Medivation), att utreda vårdval ögon i Region Jönköpings län. Utredningen har bedrivits i samarbete med Regionledningskontoret i Region Jönköpings län.

Uppdraget var att utredningen skulle belysa:
- Effekter av vårdvalet, drygt fyra år efter införandet (ett före- och efter-perspektiv) baserat på produktion, tillgänglighet, kvalitet och säkerhet, kompetensförsörjning, samverkan och ekonomi.
- Olika aktörers uppfattningar om vårdvalets effekter.

2.5 Metod

- Dokumentstudier såsom författningar, nationella och regionala riktlinjer, nationella och regionala uppföljningar av vårdval.
- Intervjuer med företrädare för de åtta leverantörer som har uppdrag inom Region Jönköpings läns vårdval ögon, samt med sjukvårdsdirektören för verksamhetsområdet Kirurgisk vård.
- Möten och samtal med företrädare för Regionledningskontoret.
- Analyser av data som belyser frågeställningarna.

Regionledningskontoret tillhandahöll data och annat underlag, samt bistod med beräkningar och analyser.

[2] I rapporten används för enkelhetens skull beteckningen Regionledningskontoret för de tjänstemän inom Folkhälsa och sjukvård samt Verksamhetsstöd och service som arbetar med vårdvalet.

Regionledningskontoret har faktagranskat rapporten och lämnat synpunkter på den under arbetets gång. Rapporten har inte granskats av en jurist.

Den skriftliga rapporten kompletteras med en muntlig presentation för uppdragsgivaren.

2.6 Rapportens disposition

I kapitel 3 beskrivs några centrala lagar och föreskrifter som reglerar hälso- och sjukvården, såsom hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, lagen om offentlig upphandling, samt lagen om valfrihetssystem.

I kapitel 4 ges en kortfattad beskrivning av Tillitsdelegationens syn på styrning och ledning.

I kapitel 5 beskrivs ögonsjukvården i ett nationellt perspektiv. Kapitlet inleds med en kortfattad beskrivning av ögonsjukdomarna katarakt, glaukom och makula-degeneration. Nationella krav på ögonsjukvården presenteras. Vårdvalssystem inom ögonsjukvården i andra landsting beskrivs. Ett antal utvärderingar refereras.

I kapitel 6 beskrivs ögonsjukvården i Region Jönköpings län.

I kapitel 7 sammanfattas de intervjuer som Medivation har gjort med företrädare för de åtta mottagningar som levererar ögonsjukvård inom vårdvalet, samt med sjukvårdsdirektören för verksamhetsområdet Kirurgisk vård.

I kapitel 8 beskrivs resultat i form av statistik, sammanfattade intryck från intervjuerna, samt av den ekonomiska styrningen och uppföljningen.

I kapitel 9 diskuterar Medivation det som har framkommit under utredningen. Medivation presenterar sin syn på dagens ögonsjukvård i regionen. Konsekvenserna av en avveckling av vårdvalet diskuteras. Ett antal förbättringsförslag presenteras.

Kapitel 10 är en referenslista.

3 Författningar och andra nationella dokument

3.1 Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) – HSL

- Målet med hälso- och sjukvården är **en god hälsa och en vård på lika villkor** för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.
- Den som har det **största behovet** av hälso- och sjukvård **ska ges företräde** till vården.
- Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att **kraven på en god vård uppfylls**.
- Landstinget är **huvudman** och ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget.
- Landstinget ska vid planeringen **beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare**.
- Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara **organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet**.

- Landstinget ska **erbjuda vårdgaranti** åt den som omfattas av rätten till hälso- och sjukvård.
- Om landstinget inte uppfyller vårdgarantin ska landstinget se till att patienten får **vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad** för patienten.

- Valfrihetssystem är obligatoriskt inom primärvården, men **införande av vårdval utöver primärvård är frivilligt**. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska **lagen om valfrihetssystem** (2008:962) tillämpas.

3.1.1 Vård efter behov

HSL föreskriver att den som har störst behov ska ges företräde till hälso- och sjukvården. Det är normerande för beslut vid prioriteringar av patienternas vård.

Det är enligt prioriteringscentrum i Linköping (2015) komplext att klargöra begreppet ”behov av vård” och vad det innebär för den vårdgivare som ska prioritera enskilda patienters behov av åtgärder[3].

I Prioriteringsdelegationsutredningens slutbetänkande (SOU 2001:8)[4] beskrivs tre grundläggande principer som bär upp den etiska plattformen:

- **Människovärdesprincipen**: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs-solidaritetsprincipen**: Resurserna bör fördelas efter behov.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen**: Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

---

[3] Sandman L. (2015). *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? – En översikt av tolknings- och tillämpningssvårigheter* (Prioriteringscentrums rapportserie 2015:3. Reviderad version).

[4] Prioriteringsdelegationen. (2001). *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare: Slutbetänkande* (SOU 2001:8).

Människovärdesprincipen är grundläggande. Människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen är överordnade kostnadseffektivitetsprincipen. Principerna återspeglas i bestämmelserna i HSL.

De etiska principerna har enligt Prioriteringsdelegationen vidareutvecklats i riktlinjer där de etiska principerna har omsatts på sjukdomstillstånd och patientgrupper med olika behov:

- Prioriteringsgrupp I.
  - Vård av livshotande akuta sjukdomar.
  - Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller till för tidig död.
  - Vård av svåra kroniska sjukdomar.
  - Palliativ vård och vård i livets slutskede.
  - Vård av människor med nedsatt autonomi.
- Prioriteringsgrupp II.
  - Prevention.
  - Habilitering/rehabilitering.
- Prioriteringsgrupp III.
  - Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
- Prioriteringsgrupp IV
  - Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

I bilaga 5 till Prioriteringsdelegationsutredningens slutbetänkande beskriver Per-Erik Liss **en modell för att bedöma vårdbehovet**:

- Bedöm det aktuella hälsoläget.
- Fastställ det önskvärda hälsoläget (behovets mål).
- Bedöm nödvändiga åtgärder (åtgärdsbehov) för att eliminera eller minska gapet mellan aktuellt och önskvärt hälsoläge.

Reflektion
De nationella riktlinjerna ger inte en tydlig vägledning vid prioriteringen av patienter i vardagssjukvården. Det är exempelvis inte tydligt hur återbesök för patienter med glaukom ska prioriteras i förhållande till patienter med katarakt.

Sveriges ögonläkarförening har tagit fram en prioriteringslista som beskrivs senare i rapporten (avsnitt 5.2.2).

3.2 Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)

HSL:s regler om vårdgaranti har utvecklats i Regeringens hälso- och sjukvårdsförordning. Där specificeras väntetider i den så kallade 0-7-90-90-regeln[5]. I förordningen sägs även att Sveriges kommuner och landsting (SKL) ska ha en nationell väntetidsdatabas (Väntetider i vården), samt att landstingen är skyldiga att rapportera till den.

[5] Patienten ska få ett besök i den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med vården. Patienten ska få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

3.3 Patientsäkerhetslag (2010:659)

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. I lagen finns bland annat bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn, samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Lagen reglerar vårdgivarens skyldighet att bedriva patientsäkerhetsarbete, samt att informera om vårdskador, utreda deras orsaker, vidta åtgärder för att förebygga ett upprepande och skyldigheten att till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

3.4 Patientlag (2014:821)

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

I öppen vård har patienten **rätt att välja vårdgivare**: "En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård." (9 kap. 1 §).

3.5 Lag om offentlig upphandling (2016:1145) – LOU

LOU möjliggör för landsting att upphandla vård (och andra verksamheter) av andra leverantörer än landstingets egna produktionsenheter.

I en upphandling enligt LOU fordras enligt SKL[6] att

- krav på tjänsten som ska upphandlas och övriga villkor som ska gälla fastställs i ett upphandlingsdokument (förfrågningsunderlag),
- tjänsten annonseras,
- anbud kommer in,
- det finns någon form av kvalificeringsfas,
- ett avtal skrivs,
- samt att det finns en möjlighet till överprövning.

3.6 Lag om valfrihetssystem (2008:962) – LOV

I ett valfrihetssystem kan patienten välja utförare. Ersättningen till utföraren följer patientens val. Landstinget är skyldigt att införa vårdvalssystem inom primärvården och får göra det inom övrig hälso- och vård. Leverantörer som landstinget har godkänt och tecknat kontrakt med får utföra tjänsten.

Landstinget ska godkänna **samtliga sökande** som uppfyller de krav som angetts i landstingets annons och förfrågningsunderlag och som inte har uteslutits med stöd av lagens 7 kap. 1 §.

[6] Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Likheter och skillnader i upphandling enligt LOU och LOV.*

Enligt SKL är LOU och LOV till många delar lika i lagstiftningen, men det ställs fler krav på ett vårdvalsystem enligt LOV än en upphandling enligt LOU. Enligt SKL fordras i ett vårdvalssystem[7] (förutom punkterna ovan avseende LOU) att

- krav på tjänsten som ska upphandlas och övriga villkor som ska gälla fastställs i ett upphandlingsdokument (förfrågningsunderlag),
- tjänsten annonseras löpande,
- anbud kommer in,
- det finns någon form av kvalificeringsfas,
- alla anbudsgivare som uppfyller kraven ska antas,
- ett avtal skrivs,
- ersättningen följer medborgarens, brukarens och patientens val,
- kommunen, landstinget eller regionen ger information till medborgarna för att möjliggöra ett medvetet val,
- ett i förväg bestämt ickevalsalternativ ska finnas,
- samt att det finns en möjlighet till överprövning.

Valfrihet i praktiken i Region Jönköpings län

- Grundläggande är att alla vårdgivare ska klara HSL:s krav på:
  - Behovsanpassad vård av hög kvalitet.
  - Tillgänglighet enligt vårdgarantin.
  - Kostnadseffektivitet.
- Valfrihet enligt patientlagen avser vård som utförs i öppen vård.
- Region Jönköpings län har rätt att specificera vilken ögonsjukvård som ska utföras inom primärvården, respektive inom specialistvården.
- Region Jönköpings län har rätt att ställa krav på remiss för ögonsjukvård som utförs i specialistvården.
- Patienten har rätt att välja vilken vårdgivare som ska utföra vården så länge remisskravet är uppfyllt och det rör sig om en offentligt finansierad vårdgivare som har avtal med något landsting (Region Jönköpings län eller ett annat landsting).
  - Patienten har rätt att välja bland privata och offentliga vårdgivare.
  - Patienten har rätt att välja vårdgivare i Region Jönköpings län eller ett i annat landsting.
- Patienternas valfrihet enligt patientlagen gäller oavsett om Region Jönköpings län väljer att:
  - Avsluta vårdval ögon och avstår ifrån att sluta avtal med privata vårdgivare,
  - Avsluta vårdval ögon och upphandlar ögonsjukvård enligt LOU,
  - Fortsätta med vårdval ögon.
- En privat vårdgivare kan även efter avslutat vårdval utföra vård i Region Jönköpings län under förutsättning att vårdgivaren har ett avtal med något annat landsting.
  - Privata vårdgivare kan etablera sig i Region Jönköpings län ifall de har ett avtal med något annat landsting[8].

[7] Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Likheter och skillnader i upphandling enligt LOU och LOV.*

[8] Optalmica ögonklinik bedriver verksamhet i Enköping och Eskilstuna. Optalmica har avtal med Region Uppsala, men saknar avtal med Landstinget Sörmland. Doktor.se äger och driver vårdcentralen i Vingåker. Med vårdcentralen och avtalet med Landstinget Sörmland som grund kan Doktor.se ta emot digitala vårdkontakter från hela landet.

- Läkare som arbetar enlig nationella taxan (lagen om läkarvårdsersättning, LOL) berörs inte av vårdvalet. De kan fortsätta sin verksamhet oberoende av Region Jönköpings läns beslut. För närvarande finns en sådan ögonläkarmottagning i Region Jönköpings län.
- Den praktiska konsekvensen av regelverket är att Region Jönköpings län inte självständigt kan bestämma vilka vårdgivare som verkar inom öppenvården i Region Jönköpings län, eller till vilka vårdgivare patienterna vänder sig.

3.7 Myndigheters föreskrifter

Ett flertal myndigheter reglerar huvudmännens och vårdgivarnas hälso- och sjukvårdsverksamhet. Här ges några centrala exempel på föreskrifter.

3.7.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)[9] ska tillämpas av alla huvudmän och vårdgivare i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)[10] reglerar användningen av medicintekniska produkter.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer syftar till att vara ett stöd vid prioriteringar och att ge vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Socialstyrelsen har inte publicerat några nationella riktlinjer för ögonsjukvård.

3.7.2 Inspektionen för vård och omsorg – IVO

IVO ansvarar för tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal. I uppdraget ingår handläggningen av anmälningar enligt Lex Maria. IVO har inte gjort någon övergripande tillsyn eller annan uppföljning av ögonsjukvården. IVO hänvisar till en rapport (2014) där ögonsjukvården granskades som en del av sjukvården i Region Skåne[11].

Författningsenliga krav på ögonsjukvården
Ögonsjukvården omfattas av de allmänna kraven och reglerna i lagar, förordningar och föreskrifter.

Medivation har inte funnit författningskrav eller nationella riktlinjer som specifikt riktar sig till ögonsjukvården.

[9] *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9).

[10] *Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården* (SOSFS 2008:1).

[11] Inspektionen för vård och omsorg (2014), *Systemanalys - Region Skåne* (Rapport IVO 2014-10).

4 Tillitsbaserad styrning och ledning

Tillitsdelegationen inrättades av Regeringen 2016.

I direktivet till delegationen skrev Regeringen: "Styrningen av förvaltningen har de senaste decennierna kännetecknats av decentralisering och ett delegerat ansvar för genomförande, budget och organisation. Fokus har legat på mål- och resultatstyrning och uppföljning.

Verksamhetsstyrningen kan dock i vissa fall ha bidragit till att den offentliga förvaltningen har brister när det gäller att styra verksamheten utifrån dess förutsättningar och medborgarnas behov och med tillit till medarbetares kompetens och förmåga. Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. […]".

Tillitsdelegationen presenterade sitt huvudbetänkande[12] i juni 2018. Den skrev bland annat "Administrativa tidstjuvar och alltför detaljerad styrning minskar handlingsutrymmet och krymper tiden för mötet mellan medborgaren och medarbetaren inom välfärdssektorn. Det innebär en risk för att medarbetarnas kompetens och engagemang inte tillvaratas på bästa sätt. Det innebär också att möjligheterna att utveckla välfärdssektorn begränsas." (sid 93).

Delegationen skrev även: "Tillitsbaserad styrning och ledning definieras här som styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och medborgarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa att medarbetaren kan, vill och vågar hjälpa medborgaren. Vi vill noga betona att tillit inte ska förstås som en naiv hållning i relation till de yrkesverksamma, utan att **det handlar om en balansgång där man ger ökat handlingsutrymme, men samtidigt fortsätter att kontrollera och utvärdera, även om man i högre grad än vad fallet är i dag gör det på kollegial basis och utifrån dialog med den granskade** [Medivations fetstilsmarkering)." (sid 131).

I presentationen av huvudbetänkandet skrev delegationen på sin hemsida att den ger ett antal rekommendationer och förslag[13], bland andra: " Lagar och regler, ekonomistyrning och prestationsstyrning ger, tillsammans med kultur och ledarskap, styrsignaler som påverkar varandra. **Den sammantagna styrningen bör utformas så att den inte medför mer detaljstyrning än nödvändigt** [Medivations fetstilsmarkering). Kultur, ledarskap och medledarskap bör få en betydligt mer framskjuten roll. Mål- och resultatstyrning bör bli mindre detaljerad och mer möjliggörande samt i högre grad utformas i samråd med professionerna."

[12] Tillitsdelegationen (2018). *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn* (huvudbetänkande SOU 2018:47).

[13] Tillitsdelegationen (2018). *Med tillit växer handlingsutrymmet*. Presentation av Tillitsdelegationens huvudbetänkande SOU 2018:47.

5 Ögonsjukvården i ett nationellt perspektiv

5.1 Tre vanliga ögonsjukdomar

Under utredningen har tre vanliga sjukdomar återkommit i samtalen med företrädare för ögonmottagningarna och Regionledningskontoret. De tre sjukdomarna blir vanligare i takt med stigande ålder:

- Katarakt (grå starr). Operation av katarakt är ett tilläggsuppdrag inom Region Jönköpings läns vårdval.
- Glaukom (grön starr) är en del av basuppdraget i Region Jönköpings läns vårdval.
- Makuladegeneration (gula fläcken förstörs) är inte en del av Region Jönköpings läns vårdval.

2016 publicerade Läkartidningen ett temanummer om ögonsjukdomar[14]. Nedan sammanfattas några artiklar, tillsammans med information från andra källor.

5.1.1 Katarakt – grå starr

Söderberg och andra (2016) beskrev i Läkartidningens temanummer[15] katarakt som en grumling av i ögats lins. Synen försämras vanligen långsamt under månader till år. Behandlingen är ett kirurgiskt ingrepp där man byter ut den grumlade linsen mot en plastlins. Efter operationen återfår en stor andel av patienterna fullgod syn med ringa behov av korrigerande glasögon.

Indikationerna för operation och utvecklingen av kataraktkirurgin beskrivs i Nationella Kataraktregistrets årsrapport för 2016[16].

Indikationerna för kataraktkirurgi har vidgats, som en följd av förbättrad operationsteknik. Patienterna opereras tidigare i sjukdomsförloppet och de är yngre vid operationstillfället.

Kataraktregistret har utvecklat nationella indikationer för operation (NIKE)[17]. Syftet är att ett NIKE ska vara ett objektivt mått på vilken grad av operations-indikation som föreligger. Patienterna indelas i 4 grupper beroende på syn-skärpa och grad av kataraktrelaterade synbesvär. Grad 1 innebär starkast indikation. Grad 4 innebär så måttliga besvär att operation inte bör utföras.

Kataraktregistret anger inte absoluta gränser för indikationerna för operation. Synskärpan på bästa ögat är associerad till indikationer för operation. Ofta används synskärpa 0,5 på bästa ögat vid jämförelser, det vill säga den nivå som är gränsen för tillåtelse att köra bil.

---

[14] http://lakartidningen.se/Senaste_nummer/Nr-38-2016/

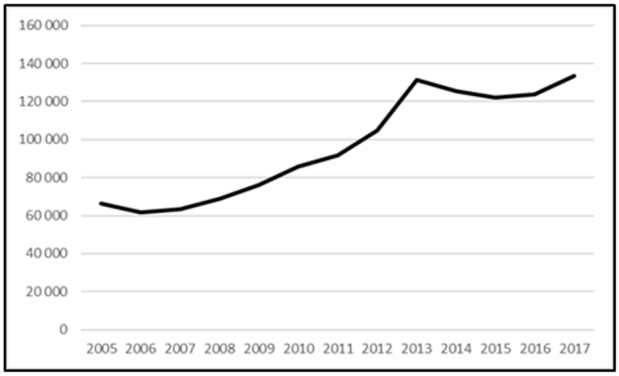
[15] Söderberg P.G., Yu Z., Malmqvist L., Sandberg-Melin C., Galichanin K., & Talebizadeh N. (2016). Katarakt – ett optiskt problem i ögats lins. Läkartidningen, 2016;113:D6SC.

[16] Nationella Kataraktregistret (2017). *Svensk Kataraktkirurgi – Gråstarrskirurgi – Patientanpassad årsrapport 2016 baserad på data från Nationella Kataraktregistret* (rapport).

[17] Nationella Kataraktregistret (2017). *Svensk Kataraktkirurgi – Årsrapport 2016 baserad på data från Nationella Kataraktregistret* (rapport).

Andelen med sämre synskärpa än 0,5 på bästa ögat före operation bör vara under 20 %, för att flertalet ska kunna bli opererade innan synförmågan blivit alltför dålig.

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas[18] ökade antalet operationer på linser i dagkirurgi i riket med 102 % åren 2005-2017, från 66 184 stycken till 133 617 stycken.



Figur 1 Antalet operationer på linser i dagkirurgi i riket 2005-2017.

Notera att kurvan planade ut efter en kraftig ökning 2013-2017. Sveriges ögonläkarförening anser att det är svårt att uttala sig om grafens utseende när man inte vet mer om vilka siffror som ligger bakom.

Ett diagram över antalet operationer per 100 000 invånare har ett likartat utseende. Ökningen åren 2005-2017 var 81 %, från 733 stycken till 1 329 stycken.

Enligt Vården i siffror (ViS) utfördes i riket 12 kataraktoperationer per 1 000 invånare år 2016. ViS använder inte Socialstyrelsens statistikdatabas, utan kataraktregistrets data. I Skåne utfördes 14,4 (flest); i Jönköping 12,3 och i Östergötland 12,2 (minst) operationer per 1 000 invånare.

Enligt ViS var andelen patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat inför kataraktoperation 20,3 % i riket år 2016; 29,3 % i Jämtland-Härjedalen (högst); 15,9 % i Jönköping och 13,7 på Gotland (lägst). Notera att Kataraktregistret anser att andelen bör understiga 20 % (se ovan).

Enligt ViS var andelen patienter med förbättrad självskattad synfunktion tre månader efter kataraktoperation 90,5 % i riket år 2016; i Halland 95,4 % (högst); i Region Jönköpings län 91,1 % och i Skåne 87 % (lägst). Data saknas för åtta landsting/regioner.

5.1.2 Glaukom – grön starr

Bengtsson och Heil (2016) beskrev glaukom i Läkartidningens temanummer[19] som en sjukdom som påverkar synnervspapillen (den del av synnerven som ses i ögonbotten). Tidigare ansågs glaukom vara detsamma som förhöjt ögontryck, men ungefär hälften av de drabbade har ett normalt ögontryck.

[18] Socialstyrelsen (2018). *Statistik för operationer i specialiserad öppen vård – dagkirurgi.*

[19] Bengtsson B., & Heil A. (2016). Glaukom i dag – bättre kunskaper och behandling, men låg prioritet. *Läkartidningen*, 2016;113:D494.

Öppenvinkelglaukom är den vanligaste formen. I Sverige har cirka 7 % sjukdomen vid 75 års ålder och över 10 % vid 80 års ålder. Förhöjt ögontryck är den starkaste riskfaktorn för att utveckla sjukdomen. Patienten märker ingenting förrän stora obotliga synskador är ett faktum. Sjukdomen diagnostiseras genom att man vid undersökning påvisar skador i ögat. Diagnosen baseras således inte på ögontrycksmätning, även om det ofta är tryckmätning som föranleder misstanke om sjukdomen.

Det primära målet vid behandling av glaukom är att sänka ögontrycket. Både behandling och uppföljning individualiseras beroende på hur snabbt sjukdomen utvecklas och risken för framtida synhandikapp. Det är viktigt att följa synfältens utveckling relativt ofta under de första 2-3 åren efter diagnos.

Artikelförfattarna pekar på två huvudproblem i sjukvårdens behandling av patienter med glaukom:

- Låg prioritet och försenade återbesök, delvis som en följd av vårdgarantin för nybesök.
- Sjukdomen diagnostiseras alltför sent.

IVO har kritiserat flera huvudmän och många patienter har förlorat synförmåga i onödan.

Författarna menar att ögonsjuksköterskor och optiker är värdefulla för glaukomsjukvården, samt att optiker med modern utbildning kan ge glaukomsjukvården ett lyft.

Det finns inga resultat för glaukomsjukvården i Vården i siffror, beroende på att det saknas ett nationellt kvalitetsregister för glaukom.

5.1.3 Makuladegeneration – förändringar i gula fläcken

Kvanta och Lanner (2016) beskrev makuladegeneration i Läkartidningens temanummer[20]. Information finns även i Svenska Makularegistrets årsrapport för allmänheten 2016[21].

Makula (gula fläcken) är den mest centrala delen av näthinnan. Där finns flest synceller och där är synen som skarpast. När gula fläcken förändras (degenererar) blir det svårare att se skarpt. Förloppet är oftast långsamt. En enkel ögonbottenundersökning är i allmänhet tillräcklig för att ställa diagnosen.

Makuladegeneration är den vanligaste orsaken till synnedsättning hos personer över 50 år i västvärlden. Över 30 % av de som fyllt 70 år har någon form av åldersförändring i gula fläcken. Med stigande ålder ökar antalet drabbade. Sjukdomen har en våt och en torr form. Den våta formen kan kontrolleras med biologiska läkemedel, medan den torra formen saknar behandling.

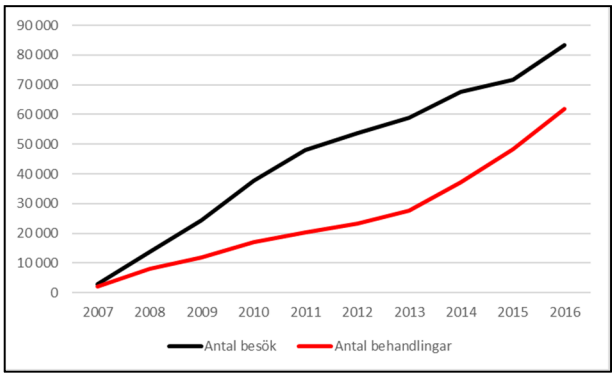
[20] Kvanta A., & Lanner F. (2016). *Makuladegeneration i den biomedicinska frontlinjen – Utveckling av biologiska läkemedel, genterapi och stamcellsbehandling ger nytt hopp*.

[21] Svenska Makularegistret (2017). *Årsrapport för allmänheten 2016*.

Ca 100 000 invånare i Sverige beräknas ha svår synnedsättning beroende på makuladegeneration. Antalet nyinsjuknade ögon med våt makula-degeneration har beräknats till 5 000 per år, varav ca 4 000 av dessa uppfyller kriterier för behandling. Vare sig artikeln i Läkartidningen eller Makularegistrets årsrapport redovisar vilka kriterierna för behandling är.

Sedan 2007 kan man bromsa utvecklingen av våt makuladegeneration med läkemedel som injiceras i ögats glaskropp. Möjligheten till bibehållen synskärpa har i studier visat sig vara 90 procent med denna behandling. En betydande andel av de patienter som behandlats får även en förbättring av synen. Behandlingen måste upprepas, i snitt 7 injektioner per år. Det fordras täta och regelbundna kontroller. Behandlingen är oftast aktuell under flera år även om antalet injektioner som årligen behövs minskar.

2007 behandlades ett fåtal patienter med våt makula-degeneration. 2016 gjordes 83 397 besök och 61 964 behandlingar utfördes.



Figur 3 Antalet besök och antalet behandlingar för makuladegeneration åren 2007-2016.

Enligt Vården i siffror förbättrades i riket i genomsnitt 49 % av patienterna av behandlingen år 2017. I Dalarna 61,5 %, (högst) i Jönköping 52,9 % och i Västernorrland 32 % (lägst). Data saknas för två landsting/regioner.

Artikeln i Läkartidningen avslutas med reflektionen: "Makuladegeneration har på kort tid blivit en modell för avancerade biomedicinska terapier. Även om denna utveckling är positiv är den inte oproblematisk. Dagens behandling av våt makuladegeneration har redan ansträngt ögonsjukvården ekonomiskt och tvingat fram prioriteringar. Alltmer avancerade och i vissa fall individualiserade terapier riskerar att ytterligare förstärka denna utveckling. Samtidigt är nya behandlingar goda nyheter för alla patienter med svår synhotande sjukdom."

5.2 Nationella krav på ögonsjukvård

5.2.1 Myndigheter

5.2.1.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har inte publicerat några föreskrifter eller nationella riktlinjer specifikt för ögonsjukvården.

Socialstyrelsen har publicerat riktlinjer för diabetesvården[22]. Socialstyrelsens mål på gruppnivå[23] är att ögonbotten undersöks vartannat år hos minst 98 % av patienter med typ 1-diabetes och vart tredje år hos minst 96 procent av patienter med typ 2-diabetes. Målen riktar sig till remitterande allmänläkare och diabetesspecialister.

5.2.1.2 Inspektionen för vård och omsorg

IVO har inte publicerat några föreskrifter eller tillsynsrapporter specifikt för ögonsjukvården.

5.2.2 Sveriges ögonläkarförening

Sveriges ögonläkarförening är ögonläkarnas professionella sammanslutning. Den är Svenska läkaresällskapets sektion för oftalmologi och specialistförening inom Sveriges läkarförbund.

På ögonläkarföreningens hemsida[24] presenteras fyra områden under rubriken riktlinjer:

- Böcker. En förteckning över böcker som distribueras av ögonläkarföreningen
- MARS. Enligt hemsidan är den medicinska faktadatabasen MARS Socialstyrelsens medel för att föra ut medicinsk kunskap och kvalitet, jämförelsetal och resultatredovisning. Sedan 2003 har ögonläkarföreningen ansvaret för ögondelen av MARS. Det finns ingen länk till databasen på föreningens hemsida. Enligt Socialstyrelsen (2018-08-24) används inte MARS sedan lång tid tillbaka.
- State of the art. På hemsidan finns "state of the art"-dokument (SotA). De är en syntes av vetenskapligt underlag och erfarenhetskunskap. Syftet är att sprida aktuell kunskap om god medicinsk praxis. Enligt hemsidan har Socialstyrelsen och ögonläkarföreningen kommit överens om att föreningen övertar ansvaret för uppdatering och nyskrivande av SotA inom området ögonsjukdomar. På hemsidan finns två SotA som daterats de senaste fem åren. Inget av dem berör vård inom basuppdraget i Region Jönköpings läns vårdvalsystem. Några exempel på dokument:
    - Katarakt (1997) beskriver bland annat indikationerna för operationer[25]. Indikationerna har vidgats sedan 1997, såsom framgår av katarakt-registrets årsrapport.
    - Glaukom (2010) presenteras i en bok som kan köpas av föreningen.
    - Åldersrelaterad makuladegeneration (2002).
    - Diabetesretinopati (2004).
- PM-banken. Här finns lokala riktlinjer/PM som ögonläkarföreningens medlemmar kan dela med sig av till andra medlemmar. Dokumenten granskas och godkänns inte av föreningen.

[22] Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning*.

[23] Socialstyrelsen (2017). *Målnivåer för diabetesvård – Uppföljning och översyn*.

[24] Svensk Sveriges ögonläkarförening (1997). *State of the Art – Katarakt* (state of the art 1997-12-10). a ögonläkarföreningen (2018-08-23). *Riktlinjer*.

[25] Sveriges ögonläkarförening (1997). *State of the Art – Katarakt* (state of the art 1997-12-10).

Vid förfrågan till ögonläkarföreningen om indikatorer och riktlinjer så hänvisades Medivation till kvalitetsregistren.

Sveriges ögonklinikers verksamhetschefer har antagit en prioriteringslista (2016) som finns att hämta på Svenska ögonläkarföreningens hemsida[26]. Av Region Jönköpings läns förfrågningsunderlag[27] framgår att "leverantören ska följa den nationellt framtagna prioriteringsordningen för ögonsjukvård" (avsnitt 7.2, sid. 27). Förfrågningsunderlaget syftar på ögonläkarföreningens lista.

Prioriteringen av glaukompatienter diskuterades vid ett flertal av de intervjuer Medivation genomförde med ögonmottagningarna. Av ögonläkarföreningens prioriteringslista framgår bland annat att följande tillstånd ska prioriteras i fallande ordning:

- Kraftigt förhöjt ögontryck med värk. Akut glaukom.
- Känt glaukom med dålig tryckreglering och progredierande synfältsdefekter.
- Katarakt som leder till akut komplikation (NIKE 1).
- Nyupptäckt glaukom med papill- och synfältsskada.
- Dubbelsidig katarakt med visus < 0.1 (NIKE 1).
- Glaukom med välreglerat tryck och stabilt synfält.
- Dubbelsidig katarakt med påtagliga besvär (NIKE 2).
- Ensidig katarakt med påtagliga besvär (NIKE 2).
- Dubbelsidig katarakt med måttliga besvär (NIKE 3).
- Ensidig katarakt med måttliga besvär. God syn andra ögat (NIKE 3).
- Ensidig katarakt eller dubbelsidig katarakt med lindriga besvär (NIKE 4).
- Kontroll av ögontryck på grund av hereditet för glaukom, nära släkting.

Det är således så att glaukompatienter med välreglerat tryck och stabilt synfält ska prioriteras högre än kataraktpatienter med besvär NIKE 2 eller bättre.

5.3 Vårdvalssystem inom ögonsjukvården

Landstingen tillämpar vårdvalssystem enligt LOV väldigt olika. Enligt en sammanställning från SKL[28] så fanns det i april 2018 totalt 86 valfrihetssystem enligt LOV i Sverige, utöver de 21 obligatoriska systemen inom primärvården.

Stockholms läns landsting hade enligt SKL 37 vårdval i april 2018 inklusive primärvården, Region Skåne hade 12, Region Uppsala 12, Region Halland 5 och Region Östergötland 5. Övriga landsting hade färre vårdval.

Enligt SKL så hade Jönköping, Skåne, Stockholm och Uppsala vårdvalssystem för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård i april 2018.

[26] Sveriges ögonläkarförening (2016). *Prioriteringar inom ögonsjukvård sorterade i prioritetsordning.* Antagna av Sveriges ögonläkarförenings styrelse november 2016. 11:e reviderade utgåvan.

[27] Region Jönköpings län (2017). *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2018 – Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem* (LJ 2013/1506).

[28] Sveriges kommuner och landsting (2018). *Valfrihetssystem enligt LOV i landsting och regioner - beslutsläge april 2018* (rapport).

Det utförs privat ögonsjukvård utanför vårdvalssystemen. Enligt nationella kataraktregistret har andelen ingrepp utförda vid privata vårdenheter med vårdavtal gradvis ökat sedan 2006. Sedan 2015 utförs mer än 50 % av ingreppen i privat vård[29].

Medivation har inte funnit någon sammanställning som beskriver i vilken utsträckning landsting/regioner har upphandlat ögonsjukvård enligt LOU.

5.3.1 Förfrågningsunderlagen i Skåne, Stockholm och Uppsala

Den här mycket kortfattade sammanfattningen av förfrågningsunderlagen för vårdvalssystemen för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård i Skåne[30], Stockholm[31] och Uppsala[32] syftar till att peka på generella drag i förfrågningsunderlagen med relevans för utredningen av vårdvalet i Region Jönköpings län.

- Författningar. I förfrågningsunderlagen hänvisas till de författningar som normerar hälso- och sjukvården och valfrihetssystemen.
- Ledningssystem. Krav på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.
- God vård. Huvudmännen ställer krav på god vård. De hänvisar till Socialstyrelsens definition och de kvalitetsområden som beskrivits av Socialstyrelsen.
- Patientcentrerad vård. Vården ska ges med hänsyn till individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Patienter och närstående ska ges möjligheter att vara delaktiga i planering och genomförande av vården.
- Samverkan. Vårdgivaren ska samverka med andra vårdgivare och huvudmän inom specialistvård, primärvård, kommunal sjukvård och kommunal omsorg för att säkerställa att patienter och närstående upplever en sammanhållen vård- och omsorgskedja.
- Följsamhet till nationella och regionala riktlinjer, vårdprogram och rutiner, samt andra kunskapsunderlag såsom SBU-rapporter.
- Kvalitetsregister. Rapportera till nationella och regionala kvalitetsregister.
- Tillgänglighet. Infria kraven på väntetider i den statliga vårdgarantin, samt lokala krav inom landstingen. Lokalerna ska vara lätt tillgängliga.
- Kompetens. Krav på personalen och på den medicinskt ledningsansvariga.
- Medverka i forskning och utveckling.
- Utbildning. Ställa platser till förfogande för verksamhetsförlagd utbildning av studenter, AT- och ST-läkare.
- Använda regionala IT-stöd och journal-/vårdinformationssystem, samt uppfylla kraven på IT- och informationssäkerhet.

---

[29] Nationella Kataraktregistret (2017). *Svensk Kataraktkirurgi – Årsrapport 2016 baserad på data från Nationella Kataraktregistret*.

[30] Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsnämnden (2017). *Förfrågningsunderlag och Avtal för Enhet för öppen ögonsjukvård i Vårdval Skåne gällande år 2018.*

[31] Stockholms läns landsting, *Hälso- och sjukvårdsnämnden (2018-06-08). Revidering av förfrågningsunderlaget för vårdvalsområdet specialiserad ögonsjukvård*.

[32] Region Uppsala (2017). *Vårdval Region Uppsala – Förfrågningsunderlag för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård*.

- Uppföljning. Huvudmännen träffar vårdgivarna regelbundet för uppföljning. Krav ställs på redovisning av täckningsgrad i kvalitetsregister, systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och indikatorer såsom synförmåga före och efter operation för katarakt.

Vård efter behov: Det framgår inte av förfrågningsunderlagen hur vårdgivarna ska prioritera patienterna för att säkerställa att vård ges efter behov, eller hur huvudmännen följer upp och säkerställer att vårdgivarna ger vård efter behov.

Inget remisskrav: Remiss behövs inte till specialiserad ögonsjukvård i Skåne, Stockholm eller Uppsala. Remiss till specialiserad ögonsjukvård fodras inte heller av andra landsting/regioner. Det är således endast Region Jönköpings län som kräver remiss[33] av samtliga landsting/regioner.

Huvudmännens och professionens krav på ögonsjukvården
Huvudmännen lyfter fram de nationella kraven i lagar och föreskrifter. Kraven syftar bland annat till att säkerställa att vårdgivarna ger patienterna god vård efter behov. Det framgår inte hur huvudmännen följer upp och säkerställer att vårdgivarna ger vård efter behov.

Ögonläkarföreningens "state of the art"-dokument är gamla. Det är, med tanke på den snabba utvecklingen, inte tydligt i vilken utsträckning de är normerande för ögonsjukvården år 2018. För utredningen av vårdvalet i Region Jönköpings län är Kataraktregistrets indikationer för operation och indikatorer för uppföljning relevanta.

Verksamhetscheferna inom ögonsjukvården har tagit fram en prioriteringslista som uppdateras årligen.

Remiss till specialiserad ögonsjukvård fordras endast i Region Jönköpings län.

5.4 Erfarenheter från andra landsting med vårdval inom ögonsjukvården

5.4.1 Nationellt

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) infördes 2009. Sedan dess är det framför allt Stockholm som har infört ett större antal vårdval inom specialistvården. Inom ögonsjukvården har Region Jönköpings län, Skåne, Stockholm och Uppsala valfrihetssystem.

Det finns förhållandevis få utvärderingar av vårdvalen och det har i allmänhet gått kort tid mellan införandet av vårdvalen och utvärderingen. SKL publicerade 2013 en rapport som beskrev erfarenheter av de första årens utveckling[34].

[33] Sveriges Kommuner och Landsting (2018-08-31). *Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård – uppdatering augusti 2018.*

[34] Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Vårdval i specialistvården - utveckling och utmaningar.*

5.4.2 Region Skåne

Vårdval inom grå starr infördes 2012 och 2014 inom allmän ögonsjukvård.

- 2014 genomförde IVO en systemanalys av den somatiska sjukhusvården i Region Skåne[35].
- 2015 gjordes en utvärdering av vårdvalet inom hud- och ögonsjukvården[36].
- 2017 granskade Region Skånes revisorer vårdvalen inom bland annat ögon för att bedöma om de bedrivs på ett ändamålsenligt och effektivt sätt[37].

5.4.3 Stockholms läns landsting

2009 startade vårdval kataraktoperationer, vårdval ögonbottenfotografering av diabetiker samt behandling av diabetesretinopati[38]. Ett bredare vårdval för specialiserad ögonsjukvård infördes 2011. Utöver vårdval utförs ögonsjukvård även vid S:t Eriks ögonsjukhus och Södersjukhuset, vilket regleras i avtalen med respektive akutsjukhus. Det finns även fyra läkare som bedriver ögonsjukvård enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL, 1993:1651).

- 2013 gjorde hälso- och sjukvårdsförvaltningen en konsekvensutredning av införandet av vårdval[39].
- 2017 publicerade hälso- och sjukvårdsförvaltningen en översikt som sammanfattar de större analyser och utvärderingar som gjorts i Stockholms läns landsting och nationellt kring vårdvalens effekter[40]. Åtta rapporter utvärderar vårdval i primärvården. Det finns färre utvärderingar av den specialiserade vården. Det beror dels på att specialiserade vårdval främst finns i Stockholm, dels på metodologiska svårigheter att studera vårdvalens effekter.

5.4.4 Region Uppsala

Region Uppsala har valfrihetssystem inom ögonbottenfotografering och grå starr sedan 2012, inom specialiserad ögonsjukvård i öppenvård sedan 2014[41].

- 2015 analyserade Health Navigator konsekvenserna av införande av vårdval specialistvård i Uppsala län[42].

---

[35] Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Systemanalys - Region Skåne* (Rapport IVO 2014-10).

[36] Rådet för Kommunalekonomisk forskning och utbildning (2015). Vårdvalens effekter inom den specialiserade ögon- och hudsjukvården i Region Skåne – Analys av effekter ett år efter införande (delrapport 1).

[37] Region Skåne, Revisionskontoret (2017). *Vårdval – effekter på jämlikhet, tillgänglighet och ekonomi* (rapport).

[38] Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden (2018-08-23). *Revidering av förfrågningsunderlaget för vårdvalsområdet specialiserad ögonsjukvård* (HSN 2018-0269).

[39] Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2014). *Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval* (HSN 1309-0966).

[40] Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden (2017). *Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter?* (HSN 2017-1485).

[41] Region Uppsala (2017). *Vårdval Region Uppsala – Förfrågningsunderlag för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård*.

[42] Health Navigator (2015). *Analys av konsekvenser av införande av vårdval specialistvård i Uppsala län*.

5.4.5 Sammanfattning av utvärderingarna

Här ges en kortfattad sammanfattning av slutsatserna i rapporterna. De enskilda iakttagelserna återfinns inte i alla rapporter och de avser inte alla landsting i samma utsträckning.

De slutsatser som redovisas här avser vårdvalen inom alla typer av vårdval inom specialistvård i de rapporter som nämnts ovan i kapitel 5.4.

Förutsättningarna för vårdval ögon i Region Jönköpings län är inte identiska med förutsättningarna för vårdvalen i de landsting som har utvärderats.

- Tillgängligheten har förbättrats, både vad gäller antalet aktörer och en mångfald av aktörer.
- Köerna har minskat.
- Valfriheten har ökat.
- Vårdgivare har i ökad utsträckning attityden att vilja träffa patienter och fokus på vad som är viktigt för patienten.
- De mätningar som har gjorts indikerar oförändrad eller något förbättrad medicinsk och patientupplevd kvalitet. Kvalitetsförändringar har emellertid varit svåra att mäta på grund av kort uppföljningsperiod och brist på indikatorer.
- Det saknas tydliga indikationer på att enkla besök trängt undan svårare, eller på undanträngning mellan ny- och återbesök.
- Volymerna har ökat mer än förväntat. Det kan delvis bero på ett uppdämt behov som tillgodosetts när tillgängligheten har ökat.
- Kostnaderna har ökat mer än förväntat. Det kan delvis bero på ett uppdämt behov som tillgodosetts när tillgängligheten har ökat.
- Forskning har visat på ett positivt samband mellan valfrihet i vården och individers uppfattningar om vårdens kvalitet. Patienter som uppger att de har valt vårdgivare är mer nöjda med vården än patienter som inte har gjort ett aktivt val
- Vårdvalet har i Skåne inte påverkat förutsättningarna för att bedriva forskning.

- Man behöver se över rutinerna för att säkerställa att patienterna informeras i tillräcklig grad om vårdvalet.
- Uppföljningen och utvärderingen av kvaliteten är inte tillräcklig inom vård-valen.
- Riktlinjerna för den vård som utförs är inte tillräckligt tydliga.
- Otydliga riktlinjer medför att det inte är tillräckligt tydligt hur vårdgivarna ska prioritera bland patienterna. Man behöver förstärka arbetet kring riktlinjer för prioriteringar i vården för att undanröja risker för undanträngning.
- Bristande tillgänglighet till återbesök inom ögonsjukvården.
- Man behöver utveckla dialogen med primärvården om remisshantering så att "rätt fall" remitteras till rätt instans.
- Det är svårt att avgränsa vårdvalsuppdrag mot egenvård och mot andra vårdområdens uppdrag.
- Den geografiska koncentrationen av vårdgivare till centrala Stockholm har bestått.

- Vissa besök och åtgärder görs inte utifrån patienters behov utan som en effekt av konkurrensen och den höga efterfrågan.
- Vissa av leverantörerna upplever att uppdragsgivaren inte säkerställer att alla ackrediterade enheter ska ta hand om lika resurskrävande patientfall på ett producentneutralt sätt.
- Vid vårdvalsinföranden inom områden utan tydliga indikationer och med risk för stora volymökningar bör huvudmannen överväga åtgärder för att begränsa risken för överbehandling.
- Kostnaderna totalt har ökat genom åren. Den ökade totalkostnaden beror på ökad produktion.
- Ökade kostnader motiverar en noggrann och löpande uppföljning av kostnadsutvecklingen.
- Det finns en oro hos akutsjukhusen för att tappa nyckelpersonal till vårdgivare inom vårdvalen, förmågan att bemanna jourlinjer och oro kring infrastruktur och förutsättningar för FoUU. Det finns indikationer på att oron är befogad.
- För enskilda offentliga vårdgivare har vårdvalet inneburit en förlust av kompetens.
- Det saknas en övergripande struktur och system för att ha kännedom om utbildningsbehovet såväl som utbildningsplatsernas kapacitet.
- Det finns inte tillräckligt utbyte mellan egen och extern regi vad gäller utbildning.
- Långsiktigt behövs bättre samverkan så att privata vårdgivare tar ett större ansvar för ST-utbildningar
- Det finns inte tillräckligt utbyte mellan egen och extern regi vad gäller forskning.

6 Ögonsjukvården i Jönköping

6.1 Vårdval ögonsjukvård i Region Jönköpings län

Vårdval enligt LOV infördes i Region Jönköpings läns ögonsjukvård i april 2014. Alla vårdgivare som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget har rätt att sluta avtal med regionen.

Avtalen inom vårdvalet hanteras av tjänstemän inom Folkhälsa och sjukvård på Regionledningskontoret, i samarbete med tjänstemän inom Verksamhetsstöd och service, område inköp. En utredare inom Folkhälsa och sjukvård har huvudansvaret i samarbete med en medicinskt sakkunnig som är specialist i ögonsjukvård. Den medicinskt sakkunnige har arbetat många år inom Region Jönköpings län.

Region Jönköpings län har inte någon beställar-utförar-organisation. I den här rapporten används för enkelhetens skull beteckningen Regionledningskontoret för de tjänstemän inom Folkhälsa och sjukvård samt Verksamhetsstöd och service som arbetar med vårdvalet.

6.2 Vårdgivare inom vårdvalet

Åtta leverantörer bedriver ögonsjukvård inom Region Jönköpings läns vårdval för ögonsjukvård. Alla åtta har avtal om allmän ögonsjukvård och ögonbottenfotografering av diabetiker. Sex av mottagningarna har även avtal om operationer av katarakt. Ögonmottagningarna vid sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo har dessutom ett ansvar för att bedriva kvalificerad vård utöver den vård som ingår i vårdvalet.

Mottagning	Start vårdvalet	Vårdval antal besök	Vårdval antal op.	Totalt antal besök	Totalt antal op.	Opererar katarakt
A6 Ögonklinik, Jönköping	2014-04-24	7 069	1 793			Ja
Capio Medocular, Jönköping	2014-06-10	8 432	2 281			Ja
Eye Clinic, Värnamo	2014-04-16	8 134	1 446			Ja
Ögonläkarhuset City, Jönköping	2014-06-10	2 247	4			Nej
Ögonmottagningen, Höglandssjukhuset i Eksjö	2014-04-15	14 021	802	24 566	878	Ja
Ögonmottagningen, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping	2014-04-15	21 708	1 485	39 928	2 527	Ja
Ögonmottagningen, Värnamo sjukhus	2014-04-15	11 656	829	19 054	872	Ja
Ögonspecialisterna i Nässjö	2015-05-01	3 353	5			Nej

Tabell 1 Mottagningar som 2018 har avtal med Region Jönköpings län inom vårdvalet för specialistvård ögonsjukvård.

Utöver de åtta mottagningarna inom vårdvalet bedriver en läkare i Jönköping ögonsjukvård inom den så kallade nationella taxan (lagen om läkarvårds-ersättning, LOL, 1993:1651). Läkaren hade 1 244 besök 2017.

6.3 Krav på ögonsjukvården inom vårdvalet

Kraven på ögonsjukvården i Region Jönköpings län framgår av dokumentet "*Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2018 – Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem*"[43]. Förfrågningsunderlaget revideras årligen.

Det övergripande uppdraget är att regionens vårdvalsmodeller ska stödja individens önskan att påverka sin vård och behandling och fatta självständiga beslut om var, när och av vem. De övergripande målen är att stärka invånarnas inflytande, tillvarata och utveckla de professionella gruppernas kompetens, samt att styra mot önskvärda resultat.

Förfrågningsunderlaget i Region Jönköpings län har mycket gemensamt med förfrågningsunderlagen för vårdval ögonsjukvård i Skåne, Stockholm och Uppsala.

Ögonsjukvården i Region Jönköpings län omfattas av de generella kraven på svensk hälso- och sjukvård såsom de beskrivs i författningar och andra nationella, regionala och lokala styrdokument.

Av avtalen mellan Region Jönköpings län och vårdgivarna framgår det att förfrågningsunderlaget är en del av avtalet. Kraven i underlaget är därmed tvingande för alla vårdgivare.

Uppdraget inom vårdval ögonsjukvård avser vuxna (från 18 år). Det består av:

- Basuppdrag ögonläkarmottagning som omfattar:
  - Diagnostik, behandling och uppföljning av ögonsjukdomar, som enligt regionens allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta inte handläggs av specialist i allmänmedicin, eller kräver subspecialistens kompetens och utrustning, eller omfattas av tilläggsuppdragen.
  - Nybesök med remiss och återbesök enligt gällande vårdprogram och riktlinjer.
  - Rådgivning i enskilda patientärenden till andra vårdgivare inom länets ögonsjukvård.
- Tilläggsuppdrag ögonbottenfotografering av diabetiker.
- Tilläggsuppdrag kataraktoperationer. Uppdraget omfattar patienter med grå starr i indikationsgrupp enligt regionens riktlinjer (NIKE 1,2 och 3), med undantag för patienter som av medicinska skäl fordrar narkos eller speciell medicinsk teknisk utrustning.

Förfrågningsunderlaget innehåller en bred genomgång av författningsenliga krav på hälso- och sjukvården. De nationella krav som vårdgivarna ska följa är på så sätt tydliggjorda.

[43] Region Jönköpings län (2017). *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2018 – Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem* (LJ 2013/1506).

I förfrågningsunderlaget specificeras även Region Jönköpings läns egna krav på vårdgivarna utöver det som framgår av författningar. De omfattar bland annat krav på ledningssystem, kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, patientens rättigheter, patientsäkerhet, samverkan, e-hälsa, bemanning, forskning och utveckling, utbildningsuppdrag, personalens meddelarskydd, samt informationshantering och it.

Några krav som är särskilt relevanta för att säkerställa rätt prioriteringar och att vården anpassas efter behov är:

- Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och regionens styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser och kliniska kunskapsstöd. Regionen ska tillhandhålla relevanta styrande dokument (sid.14).
- Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486). All marknadsföring ska vara saklig och korrekt (sid. 19).
- Invånare med sjukdomar som enligt regionens allmänna kliniska kunskaps-stöd Fakta kan handläggas av specialist i allmänmedicin ska hänvisas till sin vårdcentral (sid. 27).
- Vården ska vara jämlik och jämställd och ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (sid. 19).
- Leverantören ska följa den nationellt framtagna prioriteringsordningen för ögonsjukvård (sid 27).
- Av texten om tilläggsuppdrag kataraktoperationer framgår att "Patienterna ska prioriteras utifrån medicinsk behovsbedömning. Särbehandling, andra överenskommelser med remittenter eller andra åsidosättande av den medicinska prioriteringen får inte förekomma." (sid. 30).

Förfrågningsunderlaget ställer krav på **vård efter behov** genom:

- Hänvisningen till gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och regionens styrande dokument.
- Hänvisningen till prioriteringsordningen för ögonsjukvård.
- Kravet på prioritering av kataraktpatienter utifrån medicinsk behovs-bedömning.

Av förfrågningsunderlaget framgår även att vårdgivarna ska rapportera till Nysam, samt att de som opererar grå starr ska rapportera till det nationella kataraktregistret och fylla i synhälsoenkäten (NIKE).

Regionen betalar ut kvalitetsersättning för:

- Tillgänglighet (faktisk väntetid till första besök och operation/åtgärd).
- Systematiskt förbättringsarbete.
- Övriga kvalitetsvariabler.

Ersättningen för systematiskt förbättringsarbete betalas ut till leverantörer som kan visa att man har en struktur för att mäta, rapportera och utveckla sin verksamhet.

6.3.1 Regionala och lokala riktlinjer och rutiner

Det finns, såsom tidigare har beskrivits, inte många nationella riktlinjer för ögon-sjukvården. De som finns är ofta gamla.

Inom Sydöstra sjukvårdsregionen (Kalmar, Jönköping och Östergötland) har man tagit fram sju riktlinjer för bland annat diabetesrelaterat makulaödem och våt åldersrelaterad makuladegeneration. Riktlinjerna berör inte de diagnoser som ingår i Region Jönköpings läns vårdval.

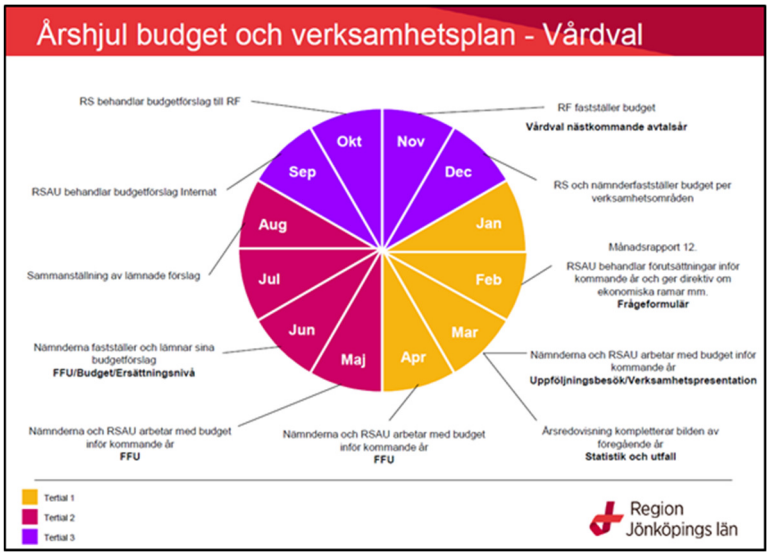
Ögonkliniken vid Länssjukhuset Ryhov har ett stort antal medicinska PM/riktlinjer. De finns tillgängliga för alla mottagningar inom vårdvalet.

I Region Jönköpings läns kunskapsbank Fakta finns många riktlinjer för ögonsjukvård. De riktar sig i första hand till primärvården.

6.4 Uppföljning

6.4.1 Årshjulet

Basen för styrningen och uppföljningen av vården inom vårdvalet är Region Jönköpings läns årshjul för budget och verksamhetsplan.



Figur 4 Region Jönköpings läns årshjul för budget och verksamhetsplan inom vårdvalet.

6.4.1.1 Kvalitetsindikatorer inom ögonsjukvården

Regionen följer upp nedanstående kvalitetsindikatorer (notera att makuladegeneration inte ingår i vårdvalet).

Katarakt

- Operationsfrekvens.
- Synfel inför kataraktoperation.
- Postoperativ synskärpa lika med eller mer än 0,5.
- Skillnad mellan planerad och slutlig refraktion.
- Andel operationer med komplikation kapsel/kommunikation.
- Självskattad nytta av kataraktoperation.
- Självskattad nytta för patienter utan komorbiditet (samsjuklighet).
- Antal endoftalmiter/år.

Glaukom

- Antal nya patienter med diagnos glaukom.
- Antal glaukomoperationer.

- Antal synfält per patient/år.
- Förslag till ny indikator: Antal patienter med återbesök som släpar efter mer än 2 månader.

Åldersrelaterad makuladegeneration (AMD)
- Sjukdomsduration vid upptäckten.
- Förbättring efter behandling vid makuladegeneration.
- Antal injektioner/patient/år.

6.4.2 Besök på mottagningarna

Ansvarig utredare och den medicinsk sakkunnige besöker de åtta mottagningarna inom vårdvalet en gång per år. Inför besöket går de igenom relevanta data och dokument, såsom kvalitetsindikatorer, produktionsdata, tillgänglighetsdata och patientsäkerhetsberättelser.

Inför besöket besvarar leverantören skriftligen ett antal frågor om lokaler, den medicintekniska utrustningen, arbetet enligt hållbar utveckling, att vården är kunskapsstyrd och kvalitetssäkrad, patientsäkerheten, journalhanteringen, remisshantering, vårdhygien, tillgängligheten, informationen hos 1177, samt täckningsgraden i registreringen till kvalitetsregistren. Under besöket går man igenom svaren på frågorna.

I samband med besöken förs även en dialog kring problem och frågeställningar som specifikt berör den besökta mottagningen.

Efter besöket skrivs ett standardiserat protokoll som undertecknas av mottagningens verksamhetschef och deltagarna från Regionledningskontoret. Avvikelser från kraven noteras. Det framgår när avvikelserna ska vara åtgärdade. Om allvarligare avvikelser ("röd") inte åtgärdas så kan ett kvalitetsavdrag på 1-3 % göras på månadsersättningen.

6.4.3 Medicinska programgrupper

Medicinska programgrupper (MPG) finns inom alla specialiteter. Medicinska programgruppen ögon träffas varje månad, med undantag för sommaren och julhelgerna.

I den medicinska programgruppen träffas de åtta mottagningar som bedriver ögonsjukvård inom Region Jönköpings län tillsammans med representanter från Regionledningskontoret. Inför MPG-mötet sammanställer Regionledningskontoret en fil med information om produktion, tillgänglighet och ekonomi. Den gås igenom och diskuteras under mötet.

I den medicinska programgruppen diskuteras gemensamma frågor såsom medicinska riktlinjer, prioriteringar och gränsdragningar, samarbete inom ögonsjukvården och samarbete med primärvården, planering för perioder med reducerad kapacitet (framför allt sommaren) och stängningar, ersättningsfrågor, samt problem och möjligheter som någon av deltagarna önskar ta upp. En stående punkt på agendan är patientsäkerhet och eventuella avvikelser.

6.4.4 MPG-forum

Två gånger per år möter regionens tjänstemannaledning verksamheter från alla specialiteter i MPG-forum. De medicinska programgrupperna gör en presentation och därefter förs en gemensam dialog. Verksamheterna har i MPG-forum möjligheter att lyfta problem och möjligheter som de finner angelägna.

7 Intervjuer med verksamhetsföreträdare

13-17 september genomfördes intervjuer på plats hos de åtta leverantörerna. Verksamhetscheferna deltog vid samtliga intervjuer. Ingen av dem är läkare. Mottagningarnas medicinskt ansvariga deltog i alla intervjuer utom på sjukhus-klinikerna i Eksjö och Jönköping. Kjell Ivarsson, sjukvårdsdirektör för verksamhets-området kirurgisk vård, intervjuades per telefon den 18 september.

Intervjuerna genomfördes semistrukturerat av Jörgen Striem, Medivation, och Conny Thålin, kommunikationsstrateg på Regionledningskontoret. Conny Thålins huvuduppgift var att föra anteckningar. Varje intervju tog 1-1½ timme.

Inför intervjuerna fick verksamhetscheferna information om att utredningen inte är en uppföljning av enskilda leverantörer, utan en kartläggning av vårdvalets effekter för invånarna och länets ögonsjukvård, samt möjliga konsekvenser av ett beslut om att avsluta vårdvalet. Enskilda mottagningar redovisas inte. Intervjuerna spelades in.

Enskilda svar redovisas inte. Svaren har inte heller sorterats utifrån offentlig eller privat regi annat än när Medivation bedömer att det finns särskilda skäl att tydliggöra vilka som har svarat.

Generellt kan man säga att de privata vårdgivarna är mer positiva till vårdvalet än företrädarna för sjukhusen. De tenderar i högre grad att lyfta fram fördelarna för patienterna och för regionen. Sjukhusens företrädare är positiva till patienternas möjligheter att välja, men de tycker sig se undanträngnings-effekter, problem med kompetensförsörjningen och tendenser till över-behandling. Medivations bild är att de intervjuade över lag anser att den vård som ges håller hög kvalitet hos alla vårdgivare. Alla bedömer att personalen endast i begränsad utsträckning kommer att återgå till sjukhusen ifall vårdvalet avvecklas. Det anses bli svårt för sjukhusen att ta hand om patienterna i önskad utsträckning om de blir ensamma om ansvaret.

7.1 Allmänna synpunkter på vårdvalet

Flera är mycket positiva till vårdvalet. De lyfter fram att det är bra för patienterna att de kan välja vårdgivare och att tillgängligheten ökat. Bemanningssituationen är gynnsammare i Jönköpings län än i andra län. Region Jönköpings län får mycket ögonsjukvård av hög kvalitet utförd till låga kostnader. Regionen har dessutom inkomster för vård av patienter från andra län. Patienterna är mycket nöjda.

Flera ser fördelar i att patienterna har valmöjligheter, men de pekar på att de flesta patienterna inte har kännedom om vårdvalet och dess innebörd. Många patienter, särskilt äldre, vill inte byta mottagning utan väntar hellre.

Flera pekar på problem som är en följd av att erfaren personal har lämnat sjuk-husen för att arbeta privat. De menar att det på sjukhusen råder brist på enklare fall som behövs för utbildning av nya medarbetare.

Flera pekar på risken för undanträngningseffekter. Flera anser att det förekommer överproduktion hos vissa vårdgivare.

Flera anser att det är bra att de privata mottagningarna kan avlasta sjukhusen med de enklare fallen, men de påpekar samtidigt att alla måste fokusera på att operera eftersom det är viktigt för verksamheternas ekonomi och det underlättar rekryteringen av läkare.

En synpunkt är att vårdvalet fordrar ett entreprenörskap som offentlig verksamhet inte är van vid.

En synpunkt är att man ska tänka komplement, inte konkurrens. Vårdvalsenheterna skulle kunna samarbeta på ett helt annat sätt.

7.2 Uppdraget

Medivations intryck är att verksamhetsföreträdarna huvudsakligen anser att vårdvalsuppdraget är väl avvägt.

En av de intervjuade menar att man måste lyfta upp frågan om kärnuppdraget. Vad ska man göra och vad ska man inte göra inom ögonsjukvården? Den intervjuade saknar ordnat införande inom ögonsjukvården, liksom inom andra delar av sjukvården.

Flera menar att vårdvalsuppdraget borde utökas. Läkarna inom den privata vården bedöms vara erfarna och kompetenta. Många är utbildade inom regionens offentliga vård. De privata läkarna skulle kunna avlasta den offentliga vården mer.

Exempel på uppdrag som skulle kunna tillföras vårdvalet är behandling av makuladegeneration. Man skulle även kunna utöka listan över de akuta tillstånd som mottagningarna får behandla utan remiss.

Flera ifrågasätter remisstvånget. Det anses vara krångligt för patienterna och belasta primärvården, utan att ha någon ransonerande effekt i praktiken. Å andra sidan anser flera att remisstvånget är värdefullt eftersom det bidrar till att selektera patienterna.

Flera påpekar att många patienter går till flera mottagningar. Det leder till oklara ansvarsförhållanden. De menar att det borde tydliggöras vilken vårdgivare som har det fulla patientansvaret, samt att patienterna i normalfallet endast bör gå till en vårdgivare.

Flera kritiserar att de offentliga inte får tillämpa "co-payment" vid katarakt-operationer (co-payment innebär att patienterna kan välja att betala mellanskillnaden för att få en mer avancerad och dyrare lins inopererad).

Vården av barn är mycket speciell. Flera menar att åldersgränsen skulle kunna sänkas med några år, men att mindre barn inte bör inkluderas i uppdraget.

Under intervjuerna framkom det inte några förslag på diagnoser eller åtgärder som bör tas bort från vårdvalet.

7.3 Produktion, tillgänglighet och kontinuitet

Flera anser att vårdvalet infördes alltför snabbt och att man inte hann med att hantera de risker som hade identifierats. Problemen har minskat och verksamheterna har anpassat sig till vårdvalet.

Sjukhusen hade i början problem med att hantera både den kvalificerade vården och vårdvalsuppdraget. Problemet har så småningom minskat.

Någon menar att vårdvalet snarare är remittentens val än patientens, eftersom patienterna har liten kännedom om vårdgivarna och svårt att välja.

Flera pekar på att produktionen av mottagningsbesök och kataraktoperationer ökat kraftigt sedan vårdvalet infördes. De menar att det är värdefullt både för patienter som bor i länet och för patienter från andra län som söker vård i Jönköpings län.

Flera anser att det är bra att produktionen har ökat, men att det sker en överproduktion. De hävdar att vissa mottagningar tar emot alltför många patienter på remiss som borde hänvisas till primärvården eller optiker. De hävdar också att vissa mottagningar tar emot patienterna på alltför många återbesök, samt att indikationerna för kataraktoperationer är alltför vida på sina håll.

Flera anser att behandling av gula fläcken bör ingå i vårdvalet eftersom behandlingen är tekniskt enkel och volymerna ökar kraftigt. De menar att det skulle avlasta sjukhusen, medan andra menar att det skulle leda till att fler läkare går över till privata vårdgivare. Flera menar att regionen kan behålla kostnadskontrollen om en offentlig vårdgivare fattar beslut om behandlingen som sedan kan ges av den mottagning som patienten väljer. Andra menar att det vore olyckligt om en enhet ordinerar behandlingen och en annan utför den. Det skulle leda till oklara ansvarsförhållanden.

Flera anser att det är värdefullt för patienterna att tillgängligheten blivit väsentligt bättre som en följd av vårdvalet. De lyfter också fram att det är en fördel för patienterna att de kan välja vårdgivare. Flera hävdar att de i vårdvalet har större möjligheter att färdigbehandla patienterna vid ett enda besök än de hade tidigare. De menar också att det är lättare att säkerställa att patienten träffar samma läkare varje gång.

Flera ser fördelar med de kortare köerna och valfriheten, men de anser att de kroniskt sjuka trängs undan av kataraktpatienter och andra enklare tillstånd. De menar att det är särskilt allvarligt för patienter med glaukom. De menar också att många patienter har svårt att förstå vad vårdvalet innebär och att de föredrar att fortsätta behandlas på sjukhusen. En vårdgivare framhåller dock att de har bättre möjligheter att omhänderta glaukompatienter inom vårdvalet än de hade tidigare.

7.4 Vård efter behov

De intervjuade menar att de följer kriterierna för prioriteringar och att patienterna får vård efter behov. Flera pekar särskilt på att produktionen har ökat som en följd av vårdvalet och att det innebär att fler får snabbare tillgång den vård de behöver.

Flera menar att utomlänspatienter tränger undan patienter som bor i Jönköpings län, att kataraktoperationer och andra enklare tillstånd tränger undan mer avancerade och kroniska tillstånd såsom glaukom, samt att det hos vissa mottagningar förekommer en överbehandling av patienter med enklare tillstånd som inte borde tas om hand på en ögonmottagning.

7.5 Kvalitet

De intervjuade framhåller att följsamheten är god till regionens allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta och till de nationella riktlinjerna.

De privata vårdgivarnas läkare och sjuksköterskor är erfarna. De privata har även i hög utsträckning modern utrustning. Bedömningen är genomgående att den vård som ges av dem håller god kvalitet.

Flera framhåller att patienterna är mycket nöjda med vården och de pekar på att även den nationella patientenkäten visar det.

Bristen på erfaren personal på sjukhusen bedöms vara en säkerhetsrisk. Bristen på erfarenhet leder till att man hellre kallar patienter för bedömning än att man tar risken att avvisa tveksamma remisser.

Flera menar att de mest erfarna och kompetenta läkarna behandlar enklare åkommor inom vårdvalet och att den kvalificerade vården blivit lidande av det.

7.6 Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

Inför start av vårdvalet lyftes risken att personal skulle flytta från sjukhusen till privata mottagningar. När vårdvalet infördes så lämnade många erfarna läkare, ögonsjuksköterskor och vårdadministratörer Länssjukhuset Ryhov.

Vissa vårdgivare anses vara aggressiva i sin rekrytering. Vårdgivarna konkurrerar om personalen, inte om patienterna.

Det är brist på medarbetare inom ögonsjukvården i Sverige. I Region Jönköpings län är det brist på ögonsjuksköterskor och vårdadministratörer. Totalt sett är det god balans på läkarsidan, eftersom man lyckats rekrytera ST-läkare. Några framhåller att vårdvalet medfört att Jönköpings län totalt sett är attraktivt att arbeta i. Vårdvalet har medfört att förhållandevis få medarbetare gått till bemanningsföretag eftersom de kunnat välja att arbeta för en privat vårdgivare i länet.

De privata vårdgivarna menar att rekryteringsläget är gott. Sjukhusen i Eksjö och Värnamo har balans i bemanningen. De skulle kunna rekrytera fler med-

arbetare och utöka sin verksamhet, men får inte öka sina personalkostnader. Länssjukhuset Ryhov har brist på personal inom flera kategorier. Länssjukhuset Ryhov besväras även av att kliniken utbildar medarbetare som därefter lämnar sjukhuset för att arbeta hos privata vårdgivare.

Flera framhåller att det är lättare att skapa en god och trivsam arbetsmiljö på små enheter med korta beslutsvägar. Det underlättas även av att man har goda möjligheter att välja medarbetare och att rekrytera dem som passar in i mottagningens verksamhet och med befintlig personal.

Sjukhusen kan erbjuda en komplett och varierad verksamhet i och med att de både har vårdvalsuppdraget och ansvaret för den avancerade ögonsjukvården, inklusive operationer.

En företrädare för de offentliga vårdgivarna befarar att fler medarbetare kommer att lämna sjukhusen ifall behandlingen av gula fläcken inkluderas i vårdvalet.

Flera framhåller att läkare vill operera. Både offentliga och privata behöver därför en stor volym operationer för att vara attraktiva arbetsgivare. Det är ett problem att de enklare kataraktfallen i stort sett har försvunnit från sjukhusen. Läkare under utbildning behöver operera enklare fall för att utveckla sin kompetens på rätt sätt.

Ett sätt att hantera kompetensutvecklingen skulle kunna vara att sjukhusens medarbetare fick möjligheter att tjänstgöra på privata mottagningar där det finns stora volymer av mindre avancerad vård. Flera privata vårdgivare framhåller att de gärna skulle delta i ett sådant samarbete, men att de inte fått någon förfrågan om det.

Jourverksamheten påverkas av att erfarna läkare har lämnat Länssjukhuset Ryhov. Flera vårdgivare anser att man borde lösa det så att länets vårdgivare samarbetar om jourverksamheten. Flera privata vårdgivare säger sig vara positiva till att delta i jouren.

7.7 Samverkan

I intervjuerna ges en blandad bild av hur väl samverkan fungerar.

När vårdvalet startade så var det en uttalad känsla av konkurrens och en osäkerhet vid gemensamma möten i den medicinska programgruppen för ögonsjukvård. Med tiden har relationerna förbättrats och de gemensamma mötena fungerar på det hela taget bra.

Flera menar att vårdgivarna skulle kunna samarbeta mer. De talar dels om samarbete mellan privata vårdgivare och sjukhusen, dels om sjukhusen sinsemellan.

Av intervjusvaren att döma tycks det inte finnas något utvecklat samarbete kring jourer eller utbildning. Det framkommer inte varför det är så. Flera privata mottagningar uttalar ett intresse för att delta i utbildning och några förklarar sig villiga att delta i jourverksamheten. Det framkommer även önskemål om bättre

samverkan kring och deltagande i gemensamma aktiviteter såsom utbildningsdagar.

Det framkommer önskemål om mer och bättre samverkan kring sommarplanering och andra neddragningar av verksamheten.

I några fall har vårdgivare tagit emot allmänläkare för auskultation. Man har även i en del fall hållit föreläsningar för primärvården. Helhetsintrycket från intervjuerna är att det inte föreligger regelbunden eller djupare samarbete mellan ögonsjukvården och primärvården.

7.8 Ekonomi

Flera kommenterar att regionen har lagt ett absolut budgettak för vården inom vårdvalet. Det innebär att regionens kostnader inte ökar utöver budgettaket, även om produktionen ökar. På så sätt har regionen säkerställt hög produktion och god tillgänglighet till låga kostnader.

Region Jönköpings län uppges ha betydande intäkter för vården av patienter från andra län.

Ett par av sjukhusen uppger att de har svårt att skilja på intäkter och kostnader inom kvalificerad vård respektive vårdval i sin interna uppföljning.

En verksamhetschef beskriver det som att befinna sig i två världar: ”I vårdvalet ska vi tjäna så mycket som möjligt men i den kvalificerade vården ska vi hålla igen så att vi inte överskrider budgeten.”

Några privata vårdgivare säger att de opererar svårare fall av katarakt av humanitära skäl, trots att ersättningen inte täcker kostnaderna. De anser att regionen bör differentiera ersättningen för kataraktoperationer i några nivåer.

7.9 Regionens uppföljning av leverantörerna

Regionens uppföljning bedöms över lag vara noggrann och välfungerande. Regionledningskontoret gör årliga uppföljningsbesök hos alla vårdgivare, och resultat och identifierade problem diskuteras regelbundet i den medicinska programgruppen.

En vårdgivare formulerade det som att Regionledningskontoret har en blåslampa på oss.

Flera uttalar skepsis mot vissa vårdgivare. De efterlyser en noggrannare uppföljning såsom exempelvis journalgranskningar. Flera har lämnat avvikelserapporter som de anser borde ha följts upp noggrannare.

7.10 Övriga synpunkter

Flera beklagar den nuvarande osäkerheten kring vårdvalets och den privata vårdens framtid. De vågar inte nyanställa eller investera i utrustning. De efterlyser långsiktiga spelregler.

7.11 Effekter vid eventuell avveckling av vårdvalet

En vårdgivare framhåller att vårdvalet ligger i linje med ambitionen att flytta vården närmare invånarna. En avveckling skulle innebära ett avsteg ifrån den pågående omställningen. Vårdgivaren menar att det är viktigt att ögonsjukvården ligger utanför sjukhusen och nära patienten.

Alla bedömer att personalen i den privata vården knappast återvänder till den offentliga vården i någon större utsträckning om vårdvalet avvecklas.

De intervjuade bedömer att sjukhusen inte kommer att klara av att ta hand om alla patienter om de privata vårdgivarna försvinner. Det kommer troligen bli brist både på personal och på lokaler. Sjukhusen har små möjligheter att öka sin verksamhet inom befintliga lokaler och med befintlig bemanning.

Tillgängligheten bedöms bli sämre och köerna längre.

Flera påpekar att Region Jönköpings län skulle förlora ekonomiskt på att utomlänsvården skulle försvinna.

Flera bedömer att regionen skulle behöva ersätta vårdvalet med upphandlad vård. Det skulle innebära att privat vård fortfarande skulle finnas inom länet.

Flera bedömer att de privata vårdgivarna kommer att kunna fortsätta sin verksamhet även om vårdvalet upphör.

Flera påpekar att patienter som vill betala extra för en avancerad lins vid kataraktoperation (co-payment) måste söka sig till ett annat län om vårdvalet upphör och ifall Region Jönköpings län inte ändrar reglerna.

8 Resultat

Underlag till det här kapitlet har, om inte annat anges, hämtats från regionens databaser, från intervjuerna med verksamhetsföreträdare och från Region-ledningskontorets representanter.

Observera att de åtta ögonmottagningarnas förutsättningar skiljer sig väsentligt. De har olika:

- Uppdrag – sjukhusens är mer omfattande.
- Patientgrupper – sjukhusens patienter har i högre grad komplicerade tillstånd.
- Volymer – sjukhusen har en större volym besök och behandlingar.
- Bemanning – personalen vid de privata mottagningarna är i stor utsträckning erfarna medarbetare som har lämnat sjukhusen.

De privata mottagningarna har en mindre verksamhet och färre medarbetare än sjukhusen, vilket medför större svängningar i produktion och tillgänglighet.

8.1 Produktion

Här beskrivs patientkontakter inom den samlade ögonsjukvården i Region Jönköpings län åren 2014-2018. "Kontakter" avser läkarbesök, sjukvårdande behandling, brev- och telefonkontakt med läkare, brev- och telefonkontakt med övriga, samt vårdtillfällen. Operationer ingår i "kontakter". Även vård-tillfällen ingår, men de utgör endast 273 stycken totalt av närmare en halv miljon kontakter under perioden januari 2014 till och med augusti 2018.

Patienter som söker för akut ögonsjukvård eller katarakt är oftast färdig-behandlade efter några få kontakter, medan glaukom och sjukdomar i retina är kroniska sjukdomar som fordrar regelbundna återbesök.

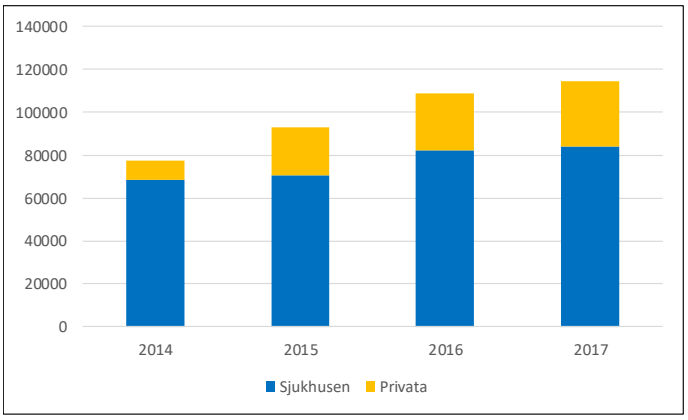
8.1.1 All vård

Här beskrivs kontakter inom all ögonsjukvård i Region Jönköpings län, det vill säga både verksamheten inom vårdvalet och den vård som endast bedrivs vid sjukhusen.

Antalet patientkontakter vid ögonmottagningarna ökade med 48 % åren 2014-2017.

Andelen kontakter med de privata mottagningarna ökade från 12 % till 27 %.

Patienter från andra län ingår i statistiken.



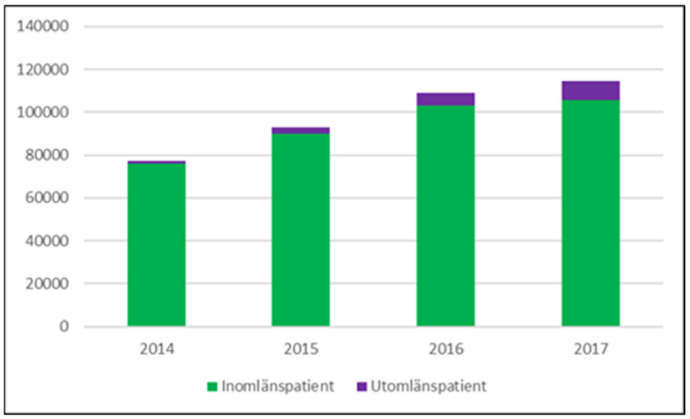
Figur 5 Kontakter inom ögonsjukvården åren 2014-2017 fördelat på sjukhusen och de privata mottagningarna.

Antal kontakter	2014	2015	2016	2017	Förändring 2014-2017
Sjukhusen	68 391	70 559	82 130	83 688	22 %
Privata	9 082	22 466	26 732	30 648	237 %
Totalt	77 473	93 025	108 862	114 336	48 %
Andel privata	12 %	24 %	25 %	27 %	

Tabell 2 Kontakter inom ögonsjukvården åren 2014-2017 fördelat på sjukhusen och de privata mottagningarna.

Andelen kontakter med patienter från andra län ökade 2014-2017 från 2 % till 8 %.

Januari-augusti 2018 var andelen patienter från andra län 11 % (visas inte i en figur).



Figur 6 Kontakter inom ögonsjukvården 2014-2017 fördelat på patienter från Region Jönköpings län och andra län.

Alla diagnos-/patientgruppers kontakter med ögonsjukvården har ökat, se tabell 3.

Januari-augusti	Förändring 2014-2018
Akut ögonsjukvård	-9 %
Allmän ögonsjukvård	72 %
Glaukom	53 %
Katarakt	68 %
Ortoptik	12 %
Retina	92 %
Övrigt	42 %

Tabell 3 Antalet kontakter inom ögonsjukvården fördelat på diagnos-/patientgrupper under perioden januari-augusti åren 2014-2018.

Vid Medivations möten med företrädare för mottagningarna har flera lyft risken för att fokus på kataraktoperationer leder till undanträngning av patienter med glaukom eller makuladegeneration. Tabell 4 visar utvecklingen av antalet vård-kontakter inom de aktuella patientgrupperna under perioden januari-augusti åren 2014-2018. Notera att ökningen var som störst mellan 2014 och 2015.

Januari-augusti	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018	Förändring 2014-2018	Förändring 2015-2018
Glaukom	6 998	8 337	11 174	11 460	10 721	53 %	29 %
Katarakt	9 129	12 465	13 592	14 784	15 360	68 %	23 %
Retina	11 803	14 385	18 330	21 342	22 648	92 %	57 %

Tabell 4 Antalet kontakter totalt inom ögonsjukvården under perioden januari-augusti åren 2014-2018, samt förändringen av antalet kontakter 2014-2018 och 2015-2018, fördelat på diagnos-/patientgrupper.

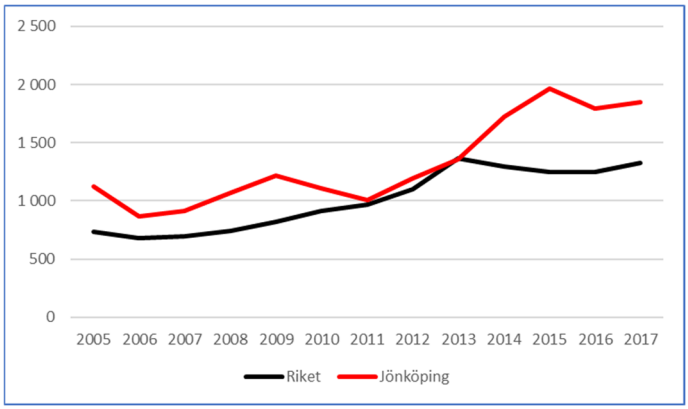
Fördelningen av kontakter mellan de olika diagnos/-patientgrupperna var likartad åren 2014-2017, se tabell 5.

	2014	2015	2016	2017
Akut ögonsjukvård	7 %	5 %	4 %	4 %
Allmän ögonsjukvård	19 %	20 %	19 %	20 %
Glaukom	14 %	15 %	16 %	15 %
Katarakt	21 %	22 %	20 %	21 %
Ortoptik	8 %	8 %	7 %	7 %
Retina	24 %	24 %	27 %	28 %
Övrigt	6 %	6 %	6 %	5 %

Tabell 5 Kontakter inom ögonsjukvården fördelat på diagnos-/patientgrupper under perioden januari-augusti åren 2014-2017.

Antalet operationer i dag-kirurgi på ögats lins (kod CJ) per 100 000 invånare har ökat i riket och i Region Jönköpings län enligt Socialstyrelsens statistikdatabas.

Patienter från andra län som har opererats i Region Jönköpings län ingår inte i statistiken.



Figur 7 Antalet operationer i dagkirurgi på ögats lins per 100 000 invånare 2005-2017.

2013-2017 ökade antalet linsoperationer på invånarna i Region Jönköpings län med 36 %, samtidigt som de minskade med 3 % i riket.

Notera i figur 7 att antalet operationer i riket ökade kraftigt 2011-2013, följt av en period av stabilitet. Motsvarande mönster ses i Region Jönköpings län, särskilt 2014-2017. Det tycks finnas ett tidsmässigt samband mellan en snabbt ökad produktion och införandet av vårdval, samt att det därefter inträder en period av relativ stabilitet.

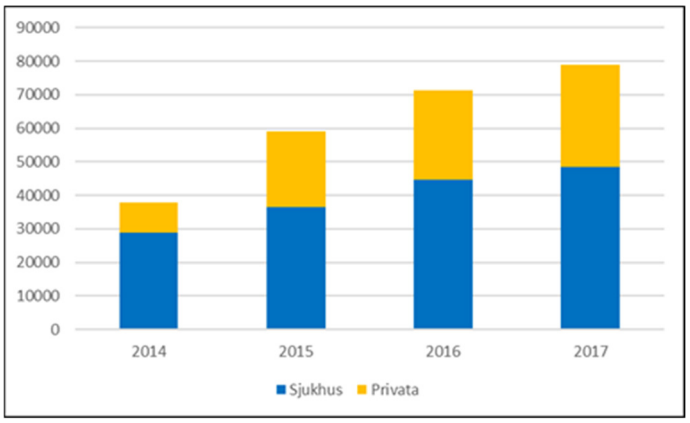
8.1.2 Vård inom vårdvalet

Här beskrivs antalet patientkontakter inom vårdvalet i Region Jönköpings län 2014-2017, både vid sjukhusen och vid de privata mottagningarna.

Antalet kontakter med ögon-mottagningarna ökade inom vårdvalet med 109 % åren 2014-2017.

Andelen kontakter med de privata mottagningarna ökade från 24 % till 39 %.

Patienter från andra län ingår i statistiken.



Figur 8 Kontakter inom vårdvalet åren 2014-2017 fördelat på sjukhusen och de privata mottagningarna.

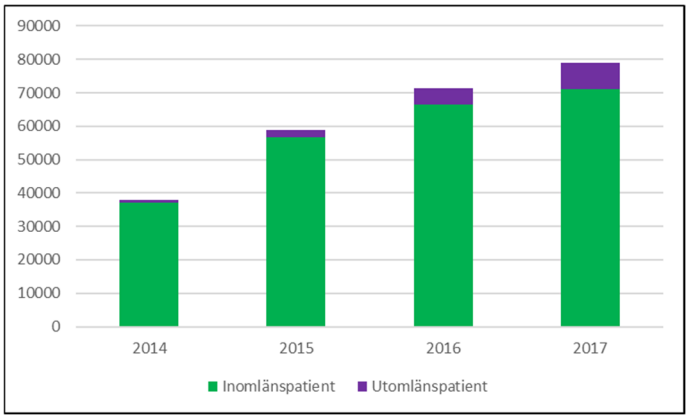
	2014	2015	2016	2017	Förändring 2014-2017
Sjukhus	28 797	36 484	44 668	48 341	68 %
Privata	9 082	22 466	26 732	30 648	237 %
Totalt	37 879	58 950	71 400	78 989	109 %
Andel privata	24 %	38 %	37 %	39 %	

Tabell 6 Kontakter inom vårdvalet åren 2014-2017 fördelat på sjukhusen och de privata mottagningarna.

Antalet kontakter med patienter från Region Jönköpings län ökade med 91 % 2014-2017.

Andelen kontakter med patienter från andra län inom vårdvalet ökade åren 2014-2017 från 2 % till 10 %.

Januari-augusti 2018 var andelen patienter från andra län 14 % (visas inte i en figur).



Figur 9 Kontakter inom vårdvalet åren 2014-2017 fördelat på patienter från Region Jönköpings län och andra län.

8.2 Tillgänglighet

Medivations uppdrag är att utvärdera de samlade effekterna av vårdvalet, inte enskilda verksamheter. Därför redovisas inte mottagningarnas namn i följande figurer.

Region Jönköpings läns genomsnittliga resultat är i följande figurer markerade med en svart linje, de tre sjukhusens resultat med röda linjer och de fem privata mottagningarnas resultat med blå linjer.

Man bör vara försiktig med att dra slutsatser av skillnaderna, eftersom mottagningarna har olika förutsättningar.

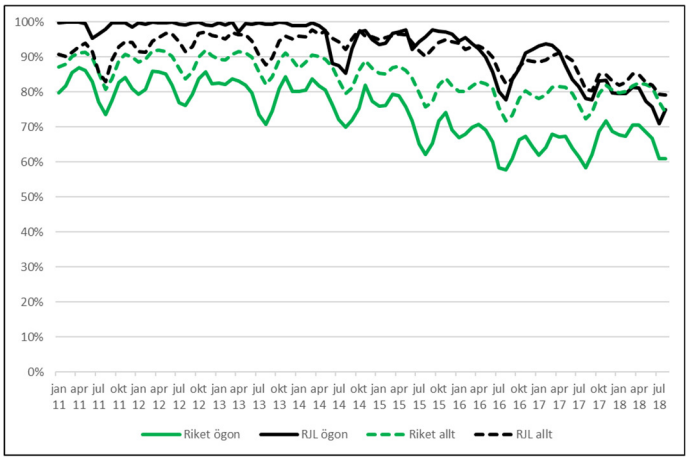
8.2.1 Uppföljning enligt den nationella vårdgarantin

Enligt den statliga vårdgarantin har en patient rätt till ett första besök i specialistvården inom 90 dagar efter att en remiss har utfärdats och rätt till en behandling, exempelvis operation, inom 90 dagar efter beslut om åtgärden.

Data har hämtats från SKL:s databas Väntetider i vården[44].

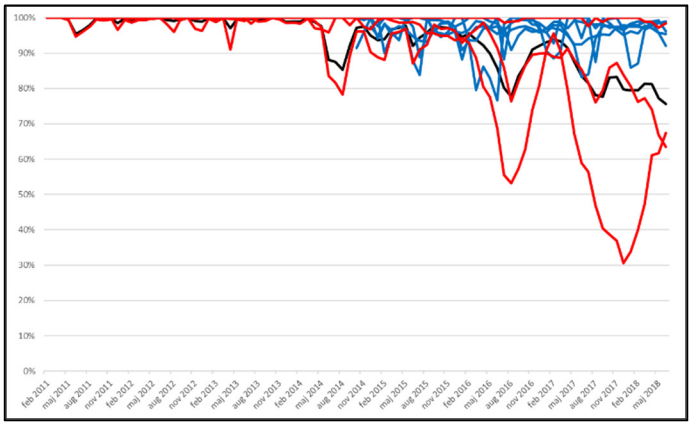
Tillgängligheten till första besöket i ögonsjukvården är i Region Jönköpings län bättre än rikets genomsnitt.

Tillgängligheten följer mönstret för ögonsjukvård och för övrig specialistvård i riket och i Region Jönköpings län.



Figur 10 Andelen som får första besök inom 90 dagar januari 2011 - augusti 2018.

Två sjukhus i Region Jönköpings län har problem med tillgängligheten till första besöket i ögonsjukvården.

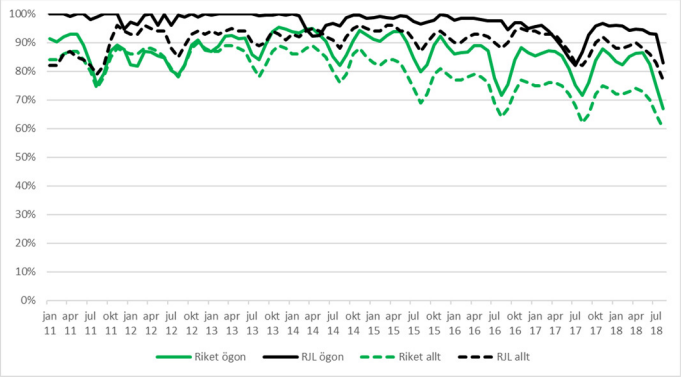


Figur 11 Andelen som får första besök inom 90 dagar januari 2011 - juni 2018.

[44] Data som avser januari 2011 till och med maj 2011 har SKL hämtat från databasen Väntetider i vården och levererat till Medivation som en Excelfil. Data som avser juni-augusti 2018 samt data som avser besök i all specialist-vård och alla operationer har Medivation hämtat direkt från Väntetider i vården, http://www.vantetider.se/.

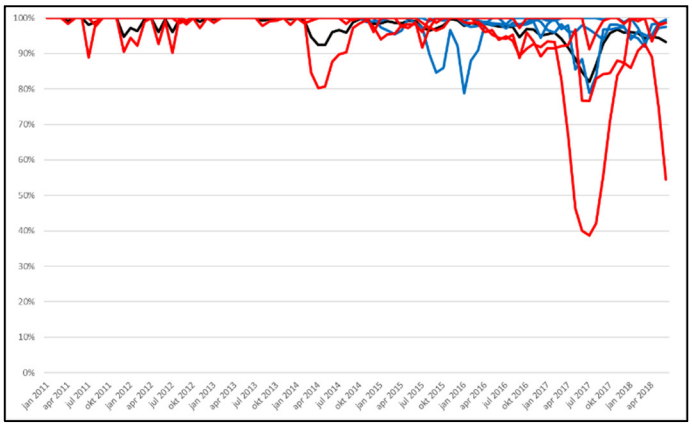
Tillgängligheten till operation och andra åtgärder är i Region Jönköpings län bättre än rikets genomsnitt.

Tillgängligheten följer mönstret för ögonsjukvård och för övrig specialistvård i riket och i Region Jönköpings län.



Figur 12 Andelen som får operation eller annan åtgärd inom 90 dagar januari 2011 - augusti 2018.

Våren 2018 var det framför allt ett sjukhus i Region Jönköpings län som hade problem med tillgänglig-heten till operation av katarakt.

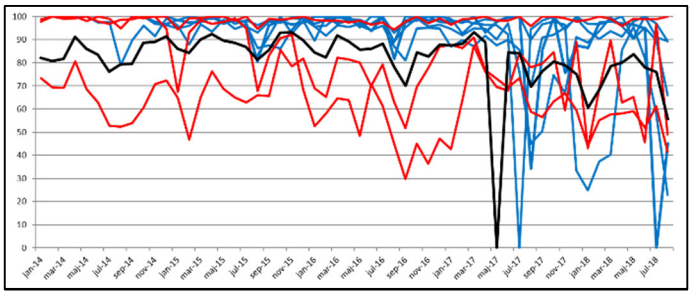


Figur 13. Andelen kataraktoperationer som genomförts inom 90 dagar vid regionens ögonmottagningar januari 2014 - juni 2018.

8.2.2 *Intern uppföljning av nybesök och medicinska åtgärder i Region Jönköpings län*

Region Jönköpings län har ett internt mål att 80 % av patienterna ska få första besök i specialistvården inom 60 dagar efter att en remiss har utfärdats och till åtgärd/operation inom 60 dagar efter beslut om åtgärden.

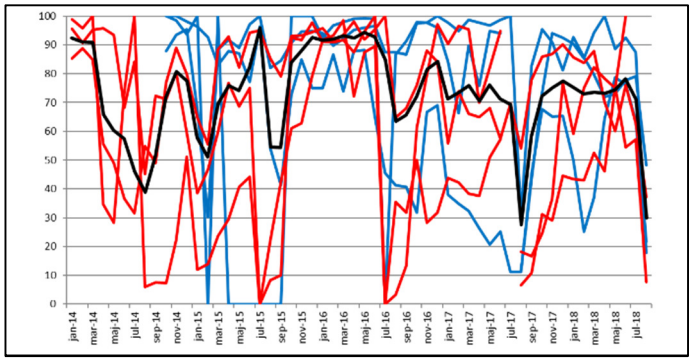
Januari 2014 - augusti 2018 nådde ett sjukhus och mer-parten av de privata mottagningarna målet att minst 80 % av patienterna får första besöket inom 60 dagar.



Figur 14 Andelen första besök vid regionens ögon-mottagningar som genomfördes inom 60 dagar januari 2014 - augusti 2018.

Sjukhusen och tre av de privata mottagningarna utför kataraktoperationer.

Andelen som opererades inom 60 dagar efter beslut varierade kraftigt under perioden januari 2014 - augusti 2018.



Figur 15 Andelen operationer som genomförts inom 60 dagar vid regionens ögonmottagningar januari 2014 - augusti 2018.

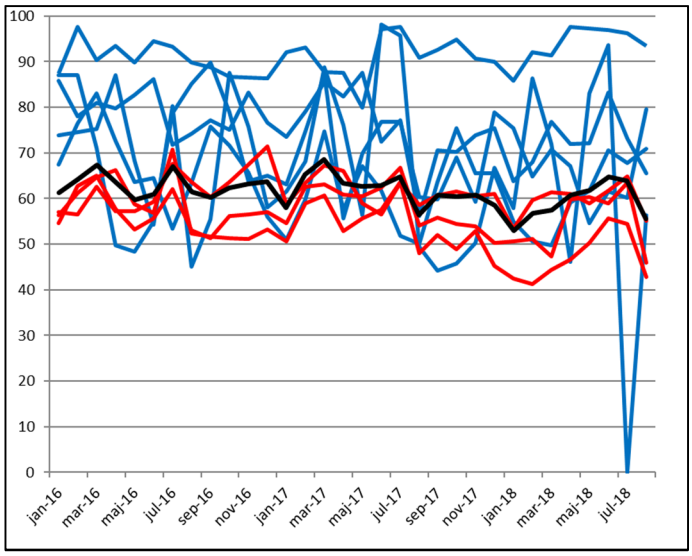
8.2.3 Intern uppföljning av återbesök i Region Jönköpings län

Region Jönköpings län följer internt upp andelen patienter som får återbesök inom medicinskt måldatum.

Medicinskt måldatum är det datum för återbesöket som behandlande läkare har beslutat i samråd med patienten. En hög andel genomförda besök inom målvärdet är angeläget för att säkerställa en god vård.

Januari 2014 - augusti 2018 var andelen genomförda återbesök inom måldatum ca 60 % i genomsnitt för all ögon-sjukvård i regionen.

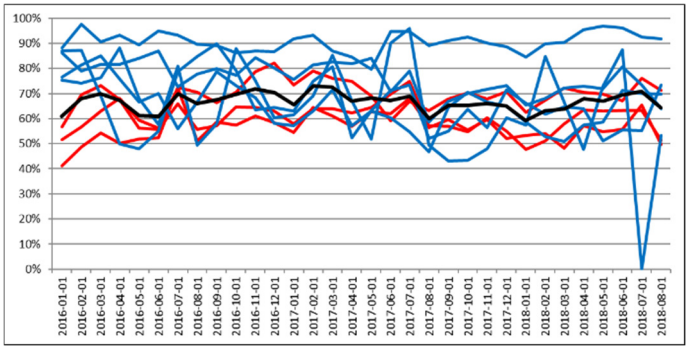
De privata mottagningarna har i allmänhet bättre mål-uppfyllelse än genomsnittet.



Figur 16 Andelen genomförda återbesök, all ögonsjukvård inklusive kvalificerad vård, inom medicinskt måldatum januari 2016 - augusti 2018.

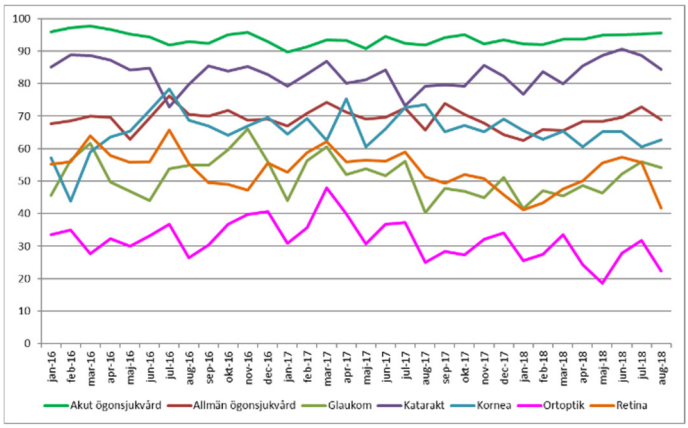
Januari 2014 - augusti 2018 var andelen genomförda återbesök inom måldatum i vårdvalet i genomsnitt ca 60 -70 %.

Det är inga tydliga skillnader mellan sjukhusen och de privata mottagningarna.



Figur 17 Andelen genomförda återbesök i vårdvalet inom medicinskt måldatum januari 2016 - augusti 2018.

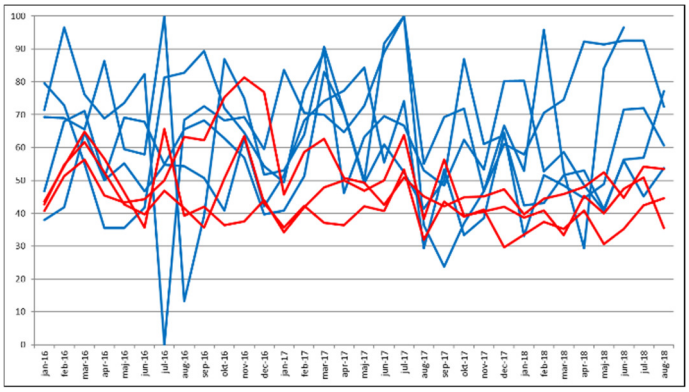
Följsamheten till återbesök inom medicinskt måldatum är bäst för akut ögonsjukvård (ca 95 %), följt av katarakt (ca 85 %). För glaukom och retinasjukdomar är den ca 50 %.



Figur 18 Andelen genomförda återbesök per kontaktorsak, inklusive kvalificerad vård, inom medicinskt måldatum januari 2016 - augusti 2018.

Det är stor spridning mellan mottagningarna i andelen återbesök för glaukom inom medicinskt måldatum.

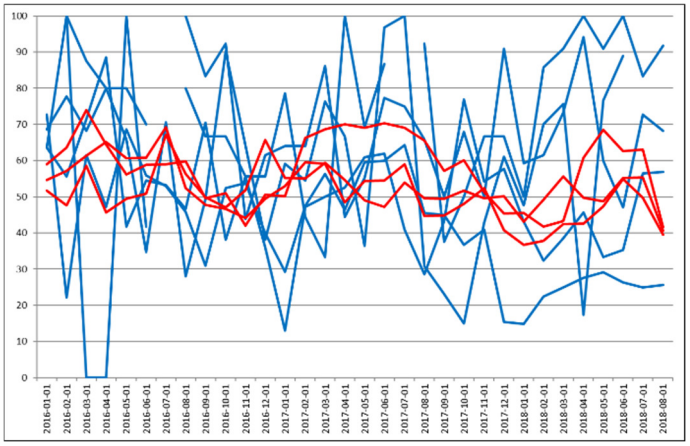
De privata mottagningarna har bättre måluppfyllelse än sjukhusen.



Figur 19 Andelen genomförda återbesök för kontaktorsaken glaukom inom medicinskt måldatum januari 2016 - augusti 2018.

Det är stor spridning i andelen återbesök för retinasjukdomar inom medicinskt måldatum.

Det är inga tydliga skillnader mellan sjukhusen och de privata mottagningarna.



Figur 20 Andelen genomförda återbesök för kontaktorsaken retinasjukdomar inom medicinskt måldatum under perioden januari 2016 - augusti 2018.

8.2.3.1 Överbehandling och undanträngningseffekter

Regionledningskontorets medarbetare uppger att det vid några tillfällen har förekommit tecken till överbehandling och undanträngningseffekter. Regionledningskontoret har tagit upp detta till diskussion med berörda mottagningar, samt i den medicinska programgruppen. Regionledningskontorets bedömning är att åtgärderna har haft önskad effekt, samt att överbehandling och undanträngningseffekter endast förekommer i begränsad omfattning.

8.3 Kvalitet och patientsäkerhet

8.3.1 Patienttillfredsställelse

2018 deltog alla åtta leverantörerna inom regionens vårdval ögonsjukvård i den nationella patientenkäten. I enkäten ställs frågor inom sex områden, se tabell 7.

	Riket	Region Jönköpings län
Helhetsintryck	90	91
Emotionellt stöd	85	86
Delaktighet och involvering	88	88
Respekt och bemötande	89	89
Kontinuitet och koordinering	87	88
Information och kunskap	83	83
Tillgänglighet	89	89
Genomsnitt indikatorerna	87	88
Korrigerad svarsfrekvens	44	45

Tabell 7 Andelen positiva svar i den nationella patientenkäten.

De privata har en högre svarsfrekvens och bättre resultat än sjukhusen. Resultaten redovisas inte i detalj. Man bör vara försiktig med att dra slutsatser eftersom mottagningarnas patienter och andra förutsättningar skiljer sig.

8.3.2 Medicinska resultat

Ögonsjukvård präglas i hög grad av ett ”hantverk” som endast delvis låter sig mätas och utvärderas med hjälp av indikatorer. Det är svårt att utvärdera olika vårdgivares kompetens och resultat baserat på jämförelser av mätningar.

De kvalitetsindikatorer som finns att tillgå redovisas och diskuteras i den medicinska programgruppen, samt vid Regionledningskontorets uppföljning av de enskilda leverantörerna.

Enskilda indikatorer redovisas inte i den här rapporten. Resultaten är svårtolkade, eftersom patientgruppernas sammansättning skiljer sig väsentligt mellan leverantörerna.

8.3.3 Avvikelser och Lex Maria

Regionledningskontorets medicinskt sakkunnige inom ögonsjukvården bedömer att patientsäkerheten är god hos alla åtta leverantörerna.

Några av de intervjuade uppgav att de har anmält avvikelser som inte åtgärdats. Regionledningskontoret uppger att man har hanterat samtliga avvikelser, men att återkopplingen till anmälaren kan förbättras.

8.3.4 Samlad bedömning

Ögonsjukvården i Region Jönköpings län är enligt den medicinskt sakkunniges bedömning säker och den håller en hög kvalitet på alla åtta mottagningarna. Resultaten står sig enligt hans bedömning väl i en nationell jämförelse.

Full kvalitetsersättning har betalts ut med några få undantag.

8.4 Kompetensförsörjning

Medivation har inte tillgång till data som beskriver personalsituationen vid mottagningarna eller utvecklingen sedan vårdvalet infördes.

Av intervjuerna med verksamhetsföreträdare och samtal med Regionledningskontoret framgår att många medarbetare lämnade sjukhusen och övergick i privat vård när vårdvalet infördes.

Det är huvudsakligen erfaren personal som har lämnat sjukhusen. Det råder fortfarande brist på ögonsjuksköterskor och vårdadministratörer på sjukhusen och i länet. På läkarsidan är det numer balans tack vare en god tillströmning av ST-läkare. Det råder fortfarande brist på mer erfarna läkare.

Ansvaret för jourverksamheten ligger på sjukhusen, i första hand på ögonkliniken vid Länssjukhuset Ryhov.

Ansvaret för utbildning ligger på sjukhusen, i första hand på ögonkliniken vid Länssjukhuset Ryhov.

8.5 Samverkan

Medivations intryck efter intervjuer med företrädare för mottagningarna och för Regionledningskontoret är:

- När vårdvalet startade så präglades samverkan av konkurrens och osäkerhet. Relationerna har förbättrats och samarbetsklimatet är nu på det hela taget bra.
- Det har framkommit önskemål om mer och bättre samverkan kring sommarplaneringen och andra neddragningar av verksamheten
- Det tycks inte finnas något utvecklat samarbete kring jourer eller utbildning.
- Det tycks inte finnas ett regelbundet eller djupare samarbete mellan ögonsjukvården och primärvården.

8.6 Ekonomi

För att säkerställa kostnadskontroll så har Region Jönköpings län utvecklat en egen "smålandsmodell" med ett tak för ersättningarna till mottagningarna. Vårdvalet inom den specialiserade ögonsjukvården har således ett gemensamt ersättningstak för de rörliga patientrelaterade ersättningarna. Ifall produktionen ökar mer än den i budgeten förväntade produktionen, så sänks ersättningen per prestation så att de samlade kostnaderna hålls inom ramen.

Räknat per helår så har ekonomin inom vårdval ögon alltid hållit sig inom taket, det vill säga inom budget.

2018 har Region Jönköpings län budgeterat 77 mnkr ersättning till mottagningarna, varav 3 mnkr för vård av utomlänspatienter. Ifall intäkterna för utomlänspatienter överstiger budget så räknas taket upp. Intäkterna för utomlänspatienter var 22 mnkr till och med augusti 2018.

Ersättning miljoner kronor	Totalbelopp helår 2018 budget	Procentuell fördelning	Ackumulerad ersättning t o m augusti	Ackumulerad ersättning % t o m augusti
Rörlig patientrelaterad ersättning, basuppdrag	35,6	46 %	28,9	40,3%
Rörlig patientrelaterad ersättning, tilläggsuppdrag katarakt	25,9	34 %	33,1	46,2%
Rörlig patientrelaterad ersättning, tilläggsuppdrag ögonbottenfotografering	3,7	5 %	1,8	2,4%
Basuppdrag (andra län)	3			
Särskild ersättning	6,4	8 %	5,8	8,1%
Resultatrelaterad ersättning	2,3	3 %	2,1	3,0%
Summa ersättning	77	100 %	71,6	100,0%

Tabell 8 Budget 2018 för vårdvalet och utfallet till och med augusti månad.

Ekonomiskt utfall miljoner kronor	2014	2015	2016	2017	2018-08	Prognos helår 2018
Resultat vårdval	4 580	1 498	5 959	13 940	11 579	17 369
Utomlänsintäkter	1 352	7 052	19 656	32 479	23 060	34 590
Utbetald ersättning för utomlänspatienter	1 347	5 054	12 647	19 682	13 493	20 240
Resultat utomlänspatienter	5	1 998	7 009	12 797	9 567	14 350
Resultat vårdval exklusive utomlänspatienter	4 575	-500	-1 050	1 143	2 012	3 019

Tabell 9 Ekonomiskt utfall för vårdvalet 2014-2018.

Region Jönköpings län räknar med ett överskott på 14,3 mnkr netto för utomlänsvården inom vårdvalet 2018.

Medivation har inte funnit nationell statistik över kostnaderna eller kostnadsutvecklingen för allmän ögonsjukvård eller för kataraktkirurgi[45], så det har inte varit möjligt att jämföra Region Jönköpings läns kostnader för ögonsjukvård med övriga landstings kostnader. En effekt av vårdvalen som har rapporterats från andra landsting är att produktionen har ökat kraftigt och att det i sin tur har lett till en kraftig kostnadsökning.

Eftersom Region Jönköpings län i stort sett håller sig inom budget varje år och då den normala uppindexeringen av budget räckt för att budgeten ska räcka till, så har Regionledningskontoret inte känt ett behov av att jämföra sig med andra landsting/regioner.

[45] Medivation har letat hos Statistiska centralbyrån, i Socialstyrelsens statistikdatabas, i Vården i siffror och i Kolada (Rådet för kommunala analysers databas Kommun- och landstingsdatabasen.

9 Diskussion och rekommendationer

I det här kapitlet diskuteras:
- Motiven för en avveckling av vårdvalet.
- Ögonsjukvården 2014-2018.
- Konsekvenserna av en avveckling av vårdvalet.
- Medivations förslag till fortsatt utveckling.

9.1 Motiven för en avveckling av vårdvalet

I april 2014 införde Region Jönköpings län ett vårdval enligt LOV inom den specialiserade ögonsjukvården.

Av förfrågningsunderlaget för ögonsjukvård inom vårdvalet framgår:
- Regionens vårdvalsmodeller ska stödja individens önskan att påverka sin vård och behandling och fatta självständiga beslut om var, när och av vem.
- De övergripande målen för vårdvalet är:
  - Stärka invånarnas inflytande.
  - Tillvarata och utveckla de professionella gruppernas kompetens.
  - Styra mot önskvärda resultat.

Av regionens budget 2018 framgår det att "Inom den specialiserade vården finns idag vårdval inom ögonsjukvården, vilket ger privata aktörer möjlighet att erbjuda ögonsjukvård. För att säkerställa vård efter behov är inriktningen att den specialiserade vården inte ska drivas inom ramen för vårdval.".

Det framgår inte av budgeten varför det är olämpligt att bedriva den specialiserade vården inom ett vårdval. Det kan exempelvis vara så att:
- Beslutsfattarna bedömer att vårdvalets syfte inte har infriats och att målen inte har uppfyllts.
- Beslutsfattarna kan ha bilden av att patienter inom ögonsjukvården prioriteras på andra grunder än deras behov.
- Beslutsfattarna kan ha bilden av att det är de privata vårdgivarna som prioriterar patienterna på andra grunder än deras behov, samt att det är vårdvalet som orsakat vårdgivarnas felaktiga prioriteringar.

Ekonomiska incitament är kraftfulla. Prestationsersättning brukar leda till att vårdproduktionen och produktiviteten ökar.
- Den ökade vårdproduktionen kan leda till ökad tillgänglighet. Det kan gagna patienter med stora behov ifall deras behov inte tillgodosågs innan incitamenten infördes.
- Det finns en risk för undanträngning av patienter med komplexa vårdbehov och överbehandling av enklare fall, särskilt ifall kapaciteten inte räcker till för att hantera alla patienter som behöver specialistvård.

Ifall problemet med vårdvalet bedöms vara incitament som driver privata vårdgivare till felaktiga prioriteringar, så kan privat vård upphandlad enligt LOU knappast vara ett alternativ till vårdvalet enligt LOV.

9.2 Ögonsjukvården 2014-2018

9.2.1 *Vårdproduktionen*

Antalet patientkontakter vid de åtta ögonmottagningarna ökade med 48 % åren 2014-2017. Det inbegriper all ögonsjukvård, det vill säga även den kvalificerade vården vid sjukhusen och vården av patienter från andra län.

Ögonsjukvårdens totala kapacitet har ökat. Kostnaderna för ögonsjukvården har hållit sig inom taket, vilket talar för att produktiviteten har ökat. Erfarenheter från andra landsting visar att produktiviteten brukar öka när vårdval införs.

Under intervjuerna lyftes risken för att patienter med glaukom eller retina-sjukdomar trängs undan av kataraktoperationer. Tabell 10 visar samtliga patientkontakter inom de aktuella patientgrupperna som de åtta mottagningarna har haft under januari-augusti 2014-2018.

Januari-augusti	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018	Förändring 2014-2018	Förändring 2015-2018
Glaukom	6 998	8 337	11 174	11 460	10 721	53 %	29 %
Katarakt	9 129	12 465	13 592	14 784	15 360	68 %	23 %
Retina	11 803	14 385	18 330	21 342	22 648	92 %	57 %

Tabell 10 Antalet kontakter totalt inom ögonsjukvården under perioden januari-augusti åren 2014-2018, samt förändringen av antalet kontakter 2014-2018 och 2015-2018, fördelat på diagnos-/patientgrupper.

Antalet vårdkontakter har ökat kraftigt inom alla tre patientgrupperna. Ökningen var snabbast 2014-2015 när vårdvalet infördes.

Den kraftiga produktionsökningen ska ses i ljuset av att nya behandlings-metoder har tillkommit och att indikationerna för behandling har vidgats inom ögonsjukvården i hela riket.

9.2.2 *Tillgängligheten*

Regionen har enligt den statliga vårdgarantin bättre tillgänglighet än rikets genomsnitt. De senaste årens förändringar följer mönstret för ögonsjukvården i riket, samt för all hälso- och sjukvård i regionen och i riket.

Ögonsjukvården har under större delen av perioden januari 2014 - augusti 2018 nått regionens mål att 80 % av patienterna ska få första besöket inom 60 dagar. Tillgängligheten till operationer har varierat kraftigt under hela perioden.

Andelen genomförda återbesök inom medicinskt måldatum är ca 60 %. Det innebär att ca 40 % av återbesöken inte genomförs inom den tid som behand-lande läkare anser vara medicinskt motiverad.

För patienter med glaukom och retinasjukdomar genomförs ca 50 % av åter-besöken inom medicinskt måldatum.

Av ögonläkarföreningens prioriteringslista framgår det att glaukompatienter alltid har högre prioritet än kataraktpatienter med besvär enligt NIKE 2-4.

I den tidigare refererade artikeln om glaukom (Bengtsson & Heil 2016) menar författarna att glaukompatienter är lågt prioriterade i förhållande till andra grupper inom svensk ögonsjukvård, samt att många patienter med glaukom får starkt försenade återbesök delvis som en följd av vårdgarantin för nybesök.

Medivations bedömning:

- Tillgängligheten till första besök och operationer minskar något.
  - Tillgängligheten är bättre i Region Jönköpings län än rikets genomsnitt.
  - Utvecklingen följer mönstret för all vård i regionen och i riket. Det finns ett tidsmässigt samband med att "tillgänglighetsmiljarden" togs bort.
  - Kapaciteten kan ha nått taket i Region Jönköpings län som en följd av den kraftigt ökade vårdproduktionen. Det påverkar tillgängligheten.
  - Tillgängligheten är bättre på de privata mottagningarna än på sjukhusen. Man bör vara försiktig med att dra slutsatser av det eftersom verksamheterna har olika förutsättningar.
- Den låga andelen återbesök inom måldatum för kroniker tyder på en bristfällig följsamhet till ögonläkarföreningens prioriteringslista.
  - Det är sannolikt flera orsaker till att en så hög andel återbesök inte sker inom måldatum.
- Regionen behöver vidta åtgärder som ökar tillgängligheten till återbesök för patienter med kroniska ögonsjukdomar.
  - Problemet finns både vid sjukhusen och vid de privata mottagningarna.
  - Statistiken talar inte för att tillgängligheten är sämre vid privata mottagningar.
- Regionledningskontoret bedömer att omfattande undanträngningseffekter eller överbehandling inte förekommer. Produktionsdata (tabell 10), samt de privata mottagningarnas bättre tillgänglighet, styrker Regionledningskontorets uppfattning.

9.2.3 Vårdkvaliteten och patientsäkerheten

Vårdvalet har ökat patienternas möjligheter att välja vilken mottagning som ska utföra vården. Flera av de intervjuade uppger att de som remitterar patienterna till ögonsjukvården inte informerar om vårdvalet. Medivation kan inte bedöma i vilken utsträckning det stämmer.

Företrädare för verksamheterna och för Regionledningskontoret uppger att ögonsjukvården håller en hög kvalitet och att den är säker både vid sjukhusen och vid de privata mottagningarna.

Svaren i den nationella patientenkäten är över lag positiva. De privata mottagningarna har bättre resultat än sjukhusen. Medivation bedömer att man ska vara försiktig med att dra slutsatser av resultaten, eftersom verksamheternas förutsättningar skiljer sig.

Medivation bedömer att ögonsjukvården i Region Jönköpings län över lag är säker och av god kvalitet.

9.2.4 Kompetensförsörjningen

Medarbetarna vid de privata mottagningarna har i allmänhet rekryterats från sjukhusens ögonkliniker. Många erfarna läkare, ögonsjuksköterskor och vård-administratörer har bytt arbetsgivare.

Tillströmningen av ST-läkare har varit god på sjukhusen och det är idag balans på läkarsidan. Man nyttjar inte längre hyrläkare. Det är fortfarande brist på ögonsjuksköterskor och vårdadministratörer.

Medarbetarna har idag fler arbetsgivare att välja mellan än före vårdvalet, särskilt i Jönköpings kommun.

De privata verksamheterna kan erbjuda en småskalig arbetsmiljö med nära relationer och korta beslutsvägar.

Sjukhusen kan erbjuda en mer varierad verksamhet med både allmän ögon-sjukvård och mer kvalificerad vård.

Sjukhusen ansvarar för jourverksamheten, framför allt ögonkliniken vid Läns-sjukhuset Ryhov.

Sjukhusen ansvarar för utbildningen av läkare och huvudsakligen även av ögonsjuksköterskor. Företrädare för sjukhusen beskriver det som ett besvärande problem att de utbildar personal som sedan försvinner till den privata vården.

Medivations bedömning:

- Den totala bemanningen inom ögonsjukvården synes ha ökat, vilket har bidragit till en ökad kapacitet i Region Jönköpings län.
- Region Jönköpings län har i hög grad samma problem med kompetens-försörjningen som andra landsting och andra specialiteter.
    - Medarbetare tenderar att gå från sjukhus till privata vårdgivare och till bemanningsföretag.
    - Sjukhusen tenderar att ha kvar ansvaret för jourverksamheten, de komplicerade patienterna och för utbildningen av nya medarbetare.

9.2.5 Samverkan

Medivation har efter intervjuerna med företrädare för verksamheten och samtalen med företrädare för Regionledningskontoret intrycket av att det initialt fanns en relativt stark konkurrenskänsla och ett misstroende mellan leverantörerna i vårdvalet, men att samarbetsklimatet successivt har blivit bättre, bland annat som en följd av samverkan i den medicinska program-gruppen.

Det finns ett samarbete mellan mottagningarna kring sommarplanering.

Det tycks inte finnas något samarbete mellan leverantörerna, eller i varje fall mycket lite, kring jourverksamhet och utbildning, trots att det har skapats för-utsättningar för det i regionens avtal med leverantörerna.

Medivations intryck är samarbetet inom ögonsjukvården huvudsakligen är gott, men att det fortfarande finns förbättringsmöjligheter.

9.2.6 *Ekonomin*

Ekonomiska incitament är kostnadsdrivande. Det visar bland annat de utvärderingar av vårdval som refereras i kapitel 5.5 "Erfarenheter från andra landsting med vårdval inom ögonsjukvården".

Regionen har lyckats bättre med kostnadskontrollen än andra landsting med vårdval inom specialistvården. Kostnaderna för ögonsjukvården i Region Jönköpings län håller sig inom budget. Ett tak för ersättningen bidrar till att hålla kostnaderna under kontroll.

Region Jönköpings län får intäkter för vården av patienter från andra län. Nettoöverskottet för helåret 2018 prognostiseras till 14,3 mnkr.

9.2.7 *Regionledningskontorets styrning och uppföljning av leverantörerna*

Regionens styrning av verksamheterna sker framför allt genom det förfrågningsunderlag som uppdateras varje år och som beslutas av regionfullmäktige. Det är en del av avtalen mellan regionen och leverantörerna.

Regionledningskontoret följer upp leverantörerna genom:

- Årliga besök på de enskilda mottagningarna. De föregås av att verksamheterna lämnar skriftliga svar på ett antal frågor. Besöket följs upp med ett protokoll där avvikelser och krav på åtgärder särskilt dokumenteras.
- Dialog med verksamheterna enskilt vid besöken på mottagningarna och gemensamt med alla verksamheter i den medicinska programgruppen. Vid programgruppens möten följer man upp och diskuterar produktion, tillgänglighet, kvalitet och säkerhet samt ekonomi.
- Vid behov samtal och möten med enskilda leverantörer.

Medivations bedömning är att Regionledningskontoret har utvecklat en god balans mellan en kontroll av att leverantörerna följer avtalen och en dialog som stimulerar samarbete och utveckling. Regionledningskontorets arbete ligger i linje med Tillitsdelegationens syn på styrning och uppföljning (kapitel 4).

9.2.8 *Medivations bedömning av ögonsjukvården och vårdvalet*

Befolkningen har idag tillgång till betydligt mer ögonsjukvård än tidigare. Den ökade produktionen har gagnat både patienter med kroniska ögonsjukdomar (exempelvis glaukom och makuladegeneration) och de som har tillstånd som kan åtgärdas med snabba åtgärder (exempelvis katarakt). Vården är säker och av hög kvalitet.

Det har under utredningen framkommit uppgifter om överbehandling och undanträngningseffekter. Regionledningskontoret bedömer att det endast förekommer i begränsad utsträckning. Medivation har inte funnit belägg för att göra en annan bedömning än Regionledningskontoret.

Ett observandum är den relativt låga andelen patienter som får återbesök inom måldatum. Vårdvalet är troligen inte den huvudsakliga orsaken till den bristfälliga måluppfyllelsen, vilket dels framgår av den i avsnitt 5.1.2 refererade artikeln om glaukom, dels av att måluppfyllelsen inte är bättre på sjukhusen än hos de privata.

Det går inte att uttala sig om ifall överbehandling eller undanträngningseffekter har ökat under perioden 2014-2018. De tendenser till överbehandling och undanträngningseffekter som kan finnas ska vägas emot att den ökade produktionen har gagnat alla patienter, även de med stora och komplexa behov.

Medivation bedömer att regionens övergripande uppdrag till vårdvalet är uppfyllt och att måluppfyllelsen huvudsakligen är god.

Medivation bedömer att ögonsjukvården i Region Jönköpings län över lag är välfungerande och kostnadseffektiv.

Det finns problem och förbättringsmöjligheter. Medivation lämnar nedan förslag till åtgärder i avsnittet 9.4 "Förslag till fortsatt utveckling".

9.3 Konsekvenser av en avveckling av vårdvalet

Det är svårt att bedöma vad som sker vid en avveckling av vårdvalet, framför allt eftersom det inte går att förutse i vilken utsträckning privata vårdgivare kommer att bedriva ögonsjukvård i Region Jönköpings län efter avvecklingen.

Medivation tolkar beslutet i 2018 års budget som att syftet med avvecklingen är att den privata vården ska upphöra inom Region Jönköpings län.

Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ges företräde till vården. Lagen säger också att landstinget vid planeringen ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare, samt att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Regionen måste hantera ett antal omständigheter ifall man avvecklar vårdvalet:

- Patienterna har rätt att välja utförare av offentligt finansierad vård, oavsett var någonstans som utföraren bedriver sin verksamhet.
- Om landstinget inte uppfyller vårdgarantin så ska det se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.
- Om landstinget lyckas att upprätthålla en god tillgänglighet, så kommer det sannolikt locka patienter från landsting med längre köer, även om ögonsjukvården i Region Jönköpings län enbart bedrivs vid sjukhusen.
- Indikationerna för behandling av ögonsjukdomar har vidgats. Antalet vårdkontakter har ökat kraftigt sedan 2014. Sjukhusen behöver öka sin kapacitet och sin vårdproduktion, för att kompensera bortfallet av privata mottagningar.

- Sjukhusen behöver utöka sin personal och få tillgång till större lokaler för att öka kapaciteten. Det gäller särskilt lokaler och utrustning för operationer om ögonoperationer enbart kommer att utföras vid sjukhusen.
- De flesta Medivation har träffat bedömer att endast ett begränsat antal av medarbetarna vid de privata mottagningarna kommer att ta anställning på sjukhusen.
- En privat vårdgivare som har ett avtal med ett annat landsting kan bedriva verksamhet i Region Jönköpings län. Det landsting med vilket vårdgivaren har avtalet ansvarar för uppföljningen av vården. Det landstinget hanterar även ekonomin och får eventuella nettovinster.

9.3.1 Konsekvenser för patienterna

Om ögonklinikerna vid sjukhusen kan ta hand om alla patienter med behov av specialistvård, så blir den huvudsakliga konsekvensen för patienterna endast att de får färre utförare inom regionen att välja mellan. Det förutsätter att sjukhusen kan rekrytera personal och öka sin kapacitet.

Ifall ögonklinikerna inte kan öka sin kapacitet inom överskådlig tid, så kommer det att innebära en försämrad tillgänglighet och längre köer till vården. Det innebär i så fall försämrade möjligheter till vård efter behov.

De patienter som idag delfinansierar sin lins vid operation av katarakt kommer även i framtiden kunna göra det ifall de väljer att bli opererade i ett landsting som tillåter medfinansiering (co-payment).

9.3.2 Konsekvenser för verksamheterna

De mottagningar som saknar avtal med något annat landsting och inte heller sluter ett sådant avtal måste avvecklas om inte regionen väljer att upphandla vård enligt LOU.

De verksamheter som har ett avtal med ett annat landsting kan fortsätta sin verksamhet i Region Jönköpings län.

Medarbetare hos de mottagningar som läggs ned kan välja att söka anställning vid regionens sjukhus, hos bemanningsföretag, eller hos arbetsgivare utanför regionen.

Ifall regionens egna verksamheter inte lyckas rekrytera medarbetare i tillräcklig utsträckning, så ökar deras beroende av bemanningsföretag.

9.3.3 Konsekvenser för Region Jönköpings län

Regionen uppnår syftet med avvecklingen ifall sjukhusen kan öka sin kapacitet så att tillgängligheten till ögonsjukvård i regionen förblir minst lika god som idag.

Ifall sjukhusen inte kan öka kapaciteten tillräckligt, så kommer det att medföra försämrad tillgänglighet och förlängda köer. Regionen är då, enligt hälso- och sjukvårdslagen, skyldig att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Ifall privata vårdgivare som har avtal med andra landsting fortsätter (eller börjar) bedriva vård i Region Jönköpings län, så har Regionledningskontoret små möjligheter att styra och följa upp dessa vårdgivare. Det landsting som har avtalet kommer att ansvara för styrning och uppföljning av vården.

Regionen förlorar den nettointäkt som man idag har för vård av patienter från andra län (prognosen för 2018 är ca 14,3 mnkr).

Ifall privata vårdgivare som har avtal med andra landsting fortsätter (eller börjar) att bedriva vård i Region Jönköpings län, så kommer regionen att betala för vården till det landsting som har avtalet. Det landstinget behåller ett eventuellt nettoöverskott.

Ifall regionen väljer att ersätta vårdvalet med upphandlad vård enligt LOU så kan man troligen bibehålla dagens kapacitet och tillgänglighet. Det är inte tydligt vad man i så fall vinner på ett byte från vårdval enligt LOV till upphandlad vård enligt LOU.

9.3.4 En avveckling av vårdvalet fordrar noggrann planering

Medivations bedömning är att en avveckling av vårdvalet fordrar noggrann planering. Regionen måste säkerställa att kapaciteten efter avvecklingen är tillräckligt stor för att ta hand patienterna i minst samma utsträckning som före avvecklingen. Tillgängligheten till vården, framför allt återbesök, ska helst öka utan att det medför väsentligt ökade kostnader. Förmågan att säkerställa ”vård efter behov” ska öka för att avvecklingens syfte ska vara infriat, vilket i sin tur fordrar att man utvecklar tydliga kriterier för att styra, mäta och följa upp prioriteringen av patientgrupperna i förhållande till varandra.

De juridiska möjligheterna och förutsättningarna för regionen och för verksamheterna bör utredas.

9.4 Förslag till fortsatt utveckling

Medivation vill lämna några förslag till fortsatt utveckling, baserat på iakttagelser i samband med utredningen:

- Informationen till patienterna om möjligheterna att välja utförare av vården behöver förbättras. Det kan finnas ett likartat behov av information till patienterna inom andra specialiteter.
- De som remitterar patienter till ögonsjukvården (vårdcentraler, optiker och diabetesläkare) är skyldiga att informera om vårdvalet. Regionen behöver försäkra sig om att de gör det.
- Ögonläkarföreningen har en lista som beskriver i vilken ordning ögonsjukdomar bör prioriteras. Regionens vårdavtal hänvisar till listan. Regionen bör följa upp följsamheten till listan och vid behov vidta åtgärder som säkerställer att patienterna prioriteras på rätt sätt.
- Tillgängligheten till första besöket och till operationer har sjunkit. Den följer mönstret för ögonsjukvård och för övrig specialistvård i riket och i Region Jönköpings län. Regionledningskontoret och mottagningarna bör se över ifall man kan förbättra tillgängligheten, exempelvis med hjälp av produktions- och kapacitetsplanering.

- Andelen patienter som får återbesök inom medicinskt måldatum är otillfredsställande låg. Regionen bör vidta åtgärder så att följsamheten förbättras.
- Medivation har endast funnit ett fåtal aktuella nationella riktlinjer som reglerar diagnostik och behandling inom ögonsjukvården. Regionens Fakta riktar sig i första hand till primärvården. Regionsjukhuset Ryhovs rutiner är tillgängliga för alla mottagningar, men de är inte styrande utanför kliniken. Regionen bör överväga att ta fram tydliga riktlinjer med exempelvis indikationer för kataraktoperationer och riktlinjer för kontroller av glaukompatienter.
- Den långsiktiga kompetensförsörjningen inom länets ögonsjukvård är en utmaning. Regionen bör klarlägga ifall ytterligare åtgärder behöver genomföras för att säkra den framtida kompetensförsörjningen.
- Jouransvaret ligger idag huvudsakligen på sjukhusen, särskilt Länssjukhuset Ryhov, samtidigt som erfarna läkare har flyttat till de privata vårdgivarna. Regionen bör överväga om ett samarbete kring jourerna skulle vara en fördel och hur ett sådant samarbete i så fall bör utformas.
- Utbildningsansvaret ligger idag huvudsakligen på sjukhusen. De privata vårdgivarna bedriver stor verksamhet som lämpar sig för utbildning. Ett exempel är att ST-läkare behöver få tillfälle att operera okomplicerade katarakter innan de börjar med de mer komplicerade. Regionen bör överväga om ett utvidgat samarbete kring utbildning och klinisk träning skulle vara en fördel och hur ett sådant samarbete i så fall bör utformas.
- Medivation har bilden av att samarbetsklimatet inom ögonsjukvården har förbättrats och att det huvudsakligen är gott. Medivation har samtidigt fått intrycket att regionen behöver fortsätta arbetet med att utveckla samarbetet mellan de olika aktörerna inom ögonsjukvården och samarbetet med primärvården.

10 Referenser

10.1 Författningar

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80). Hämtad från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:80.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Hämtad från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2017:30.

Lag om offentlig upphandling (2016:1145). Hämtad från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2016:1145.

Lag om valfrihetssystem (2008:962). Hämtad från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2008:962.

Patientlag (2014:821). Hämtad från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2014:821.

Patientsäkerhetslag (2010:659). Hämtad från Regeringskansliets rättsdatabaser: http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2010:659.

Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-1.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9.

10.2 Övriga referenser

Bengtsson B., & Heil A. (2016). Glaukom i dag – bättre kunskaper och behandling, men låg prioritet. *Läkartidningen*, 2016;113:D494. Hämtad från Läkartidningens webbplats:

http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2016/09/Glaukom-i-dag--battre-kunskaper-och-behandling-men-lag-prioritet/.

Helseplan Nysam (2018). *Ögonsjukvård – nyckeltal 2017* (rapport juni 2018). Hämtad från Helseplans webbplats: http://www.nysam.com/report/form.

Health Navigator (2015). *Analys av konsekvenser av införande av vårdval specialistvård i Uppsala län*. Hämtad från Region Uppsalas webbplats: https://www.regionuppsala.se/sv/Landsting--politik/Medborgare/Uppfoljning-och-utvardering/Fordjupad-uppfoljning-och-utvardering-halso--och-sjukvard/.

Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Systemanalys - Region Skåne* (Rapport IVO 2014-10). Hämtad från IVO:s webbplats https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/systemanalys/.

Kvanta A., & Lanner F. (2016). Makuladegeneration i den biomedicinska frontlinjen – Utveckling av biologiska läkemedel, genterapi och stamcellsbehandling ger nytt hopp. *Läkartidningen*, 2016;113:D494. Hämtad från Läkartidningens webbplats: http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2016/09/Makuladegeneration-i-den-biomedicinska-frontlinjen/.

Nationella Kataraktregistret (2017). *Svensk Kataraktkirurgi – Årsrapport 2016 baserad på data från Nationella Kataraktregistret* (rapport). Hämtad från Nationella Kataraktregistrets webbplats: http://rcsyd.se/kataraktreg/.

Nationella Kataraktregistret (2017). *Svensk Kataraktkirurgi – Gråstarrskirurgi – Patientanpassad årsrapport 2016 baserad på data från Nationella Kataraktregistret* (rapport). Hämtad från Nationella Kataraktregistrets webbplats: http://rcsyd.se/kataraktreg/.

Prioriteringsdelegationen. (2001). *Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare: Slutbetänkande* (SOU 2001:8). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/statens-offentliga-utredningar/sou-2001-8-_GPB38.

Regeringen (2016). *Tillit i styrningen* (kommittédirektiv). Dir. 2016:51. Hämtad från Regeringens webbplats: https://www.regeringen.se/49e316/contentassets/ef675538ed2b4a21afec87a45c6fa3c0/tillit-i-styrningen-dir.-201651.

Region Jönköpings län (2017). *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län 2018 – Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem* (LJ 2013/1506). Hämtad från Region Jönköpings läns webbplats https://plus.Region Jönköpings län.se/infopage.jsf?nodeId=42419.

Region Skåne, Hälso- och sjukvårdsnämnden (2017). *Förfrågningsunderlag och Avtal för Enhet för öppen ögonsjukvård i Vårdval Skåne gällande år 2018.* Hämtad från Region Skånes webbplats: https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-oppen-ogonsjukvard-2018.pdf.

Region Skåne, Revisionskontoret (2017). *Vårdval – effekter på jämlikhet, tillgänglighet och ekonomi* (rapport). Hämtad från Region Skånes webbplats: https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/revision/granskningsrapporter-2017/rapport-vardval---effekter-pa-jamlikhet-tillganglighet-och-ekonomi-slutlig.pdf.

Region Uppsala (2017). *Vårdval Region Uppsala – Förfrågningsunderlag för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård*. Hämtad från Region Uppsalas webbplats: https://www.regionuppsala.se/sv/Landsting--politik/Utveckling-och-ansvar/Upphandling/Hamta-forfragningsunderlag-LOV/Ansokan-ogonsjukvard/.

Rådet för Kommunalekonomisk forskning och utbildning (2015). *Vårdvalens effekter inom den specialiserade ögon- och hudsjukvården i Region Skåne – Analys av effekter ett år efter införande* (delrapport 1). Hämtad från Health Navigators webbplats: http://www.health-navigator.co.uk/wp-content/uploads/2017/02/delrapport-1-vardvalens-effekter-inom-den-specialiserade-ogon-och-hudsjukvarden-i-region-skane-kefu-2015.pdf.

Sandman L. (2015). *Vilken vägledning ger den etiska plattformen för prioriteringar i konkreta prioriteringssituationer? – En översikt av tolknings- och tillämpningssvårigheter* (Prioriteringscentrums rapportserie 2015:3. Reviderad version). Hämtad från Prioriteringscentrums webbplats: http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A868461&dswid=3488.

Regeringen (2016). Tillit i styrningen (kommittédirektiv 2016:51). Hämtad från Regeringens webbplats: https://www.regeringen.se/49e316/contentassets/ef675538ed2b4a21afec87a45c6fa3c0/tillit-i-styrningen-dir.-201651.

Socialstyrelsen (2017). *Målnivåer för diabetesvård – Uppföljning och översyn.* Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-26

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning.* Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-5-31.

Socialstyrelsen (2018). Statistik för operationer i specialiserad öppen vård – dagkirurgi. Hämtad från Socialstyrelsens webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerispecialiseradoppenvarddagkirurgi.

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2014). *Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval* (HSN 1309-0966). Hämtad från SLL:s webbplats: https://www.sll.se/sok/?s=1309-0966&as_sfid=AAAAAAXNfVmzEReZY1dXX2WkapnCtI5dEyZkjYOxLrko-VI6EyPEdCHYduenH6WuOwh-S-YghJ_tAGdz4Cw3xD7ZtjtoUw0HkJ9-bgT-6zezJLslLaYA5098N-f4TFYkLz0A_nQ%3D&as_fid=795b74fa7eaa7cb6217791674019c77a49213e93.

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden (2017). Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter? (HSN 2017-1485). Hämtad från SLL:s webbplats: https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2017/170829/hsn-170928/hsn-171024/11-rapport-vardval-10-ar.pdf.

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden (2018-06-08). *Revidering av förfrågningsunderlaget för vårdvalsområdet specialiserad ögonsjukvård* (HSN 2018-0269). Hämtad från Stockholms läns landstings webbplats: https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2018/180619/4-revideng-ffu-vv-specialiserad-ogonsjukvard-2.pdf.

Stockholms läns landsting (2018-10-03). *Väntetider i SLL.* Hämtad från Stockholms läns landstings webbplats: https://www.vardgivarguiden.se/vantetider.

Svenska Makularegistret (2017). *Årsrapport 2016* (rapport). Hämtad från Svenska Makularegistrets webbplats: http://makulareg.se/publikationer/arsrapporter.

Svenska Makularegistret (2017). *Årsrapport för allmänheten 2016* (rapport). Hämtad från Svenska Makularegistrets webbplats: http://makulareg.se/publikationer/arsrapporter-for-allmanheten.

Svenska ögonläkarföreningen (2018-10-11). *Prioriteringar inom ögonsjukvård sorterade i prioritetsordning*. Antagna av Sveriges ögonklinikchefer vid nationellt klinikchefsmöte 2016-10-07. 11:e reviderade utgåvan. Hämtad från Svenska ögonläkarföreningens webbplats: https://swedeye.org/foreningen/prioriteringslista/.

Svenska ögonläkarföreningen (2018-08-23). *Riktlinjer*. Hämtad från Svenska ögonläkarföreningens webbplats: https://swedeye.org/

Sveriges kommuner och landsting (2013). *Nationell plattform för jämlik hälsa och vård.* Hämtad från SKL:s webbplats: https://skl.se/download/18.6f6e407314d3e0aee8a2fe26/1431332004477/SKL-NationellPlattformJamlikVard_2013_WEBB_low.pdf.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Vårdval i specialistvården - utveckling och utmaningar* (rapport). Hämtad från SKL:s webbplats: https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/vardval-i-specialistvarden-utveckling-och-utmaningar.html.

Sveriges kommuner och landsting (2018). *Likheter och skillnader i upphandling enligt LOU och LOV.* Hämtad från SKL:s webbplats: https://skl.se/demokratiledningstyrning/upphandling/strategiskstyrningupphandlingsprocessen/overlamnaverksamhetlouellerlov/likheterochskillnadiupphandlinglouochlov.10281.html.

Sveriges kommuner och landsting (2018). *Valfrihetssystem enligt LOV i landsting och regioner - beslutsläge april 2018*. Hämtad från SKL:s webbplats: https://skl.se/download/18.3e39978f15b5a64acd1ce5bd/1492594210148/Beslutsläge-landsting-regioner-april-2017.pdf.

Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Väntetider i vården*. Hämtad från Väntetider i vårdens webbplats: http://www.vantetider.se/.

Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Väntetider i vården* (Personlig kommunikation, Excelfiler, augusti 2018).

Sveriges Kommuner och Landsting (2018-08-31). *Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård – uppdatering augusti 2018*. Hämtad från SKL:s webbplats: https://skl.se/download/18.6e4b5d9d16561f57cd2b8dd8/1535703390171/landstingens%20krav%20på%20remiss.sep18.pdf.

Sveriges ögonläkarförening (1997). *State of the Art – Katarakt* (state of the art 1997-12-10). Hämtad från Sveriges ögonläkarförenings webbplats 2010-08-30: https://cdn-swedeye.pressidium.com/wp-content/uploads/2010/09/State-of-the-Art_-Katarakt.pdf.

Sveriges ögonläkarförening (2016). *Prioriteringar inom ögonsjukvård sorterade i prioritetsordning.* Antagna av Sveriges ögonläkarförenings styrelse november 2016. 11:e reviderade utgåvan. Hämtad från Sveriges ögonläkarförenings webbplats 2018-09-30: https://swedeye.org/foreningen/prioriteringslista/.

Söderberg P.G., Yu Z., Malmqvist L., Sandberg-Melin C., Galichanin K., & Talebizadeh N. (2016). Katarakt – ett optiskt problem i ögats lins. *Läkartidningen*, 2016;113:D6SC. Hämtad från Läkartidningens webbplats: http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2016/09/Katarakt--ett-optiskt-problem-i-ogats-lins/.

Tillitsdelegationen (2018). *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn* (huvudbetänkande SOU 2018:47). Hämtad från Tillitsdelegationens webbplats: http://tillitsdelegationen.se/wp-content/uploads/2018/06/sou-2018_47.pdf.

Tillitsdelegationen (2018). *Med tillit växer handlingsutrymmet*. Presentation av Tillitsdelegationens huvudbetänkande SOU 2018:47. Hämtad 2018-10-25 från Tillitsdelegationens webbplats: http://tillitsdelegationen.se/aktuellt/med-tillit-vaxer-handlingsutrymmet/.

Vårdgivarguiden, Stockholms läns landsting. Aktuellt väntetidsläge till ögonmottagningar. Hämtad 2018-10-03 från Vårdgivarguidens webbplats: http://www.vardgivarguiden.se/Patientadministration/Remittering/Vantetider/Undersokning/ogonsjukvard/3/asc/#waitingtimeform.

Utvärdering av vårdval ögon 2014-2018 i Region Jönköpings län

Medivation Utveckling AB
Jörgen Striem

November 2018

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 154 **Informationsärenden**

Aktuell information från hälso- och sjukvårdsdirektören:

- Renovering av Mullsjö vårdcentral
- Broddar
- 4:e workshopen i Tillsammansarbetet
- Statliga överenskommelser
- Rotavirusvaccination

- Ekonomisk uppföljning av nämndens anslag för politisk verksamhet t.o.m. oktober 2018.

Informationen läggs till handlingarna.

- Motion – Generalplan för våra tre akutsjukhus
  Diarienummer: RJL2018/1872

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet i februari.

- Motion – Prioritera psykvården
  Diarienummer: RJL2018/1991

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet i februari.

- Motion – Bevara våra tre akutsjukhus
  Diarienummer: RJL2018/1993

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet i februari.

Informationsärenden till nämnden

Information om Utredning om vårdval ögonsjukvård
Föredragande Jörgen Striem, utredare

Information Återrapport av uppdrag i Budget 2018 - Utvärdering av vårdplatsneddragningar
Diarienummer: RJL2017/83
Föredragande ?

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Region Jönköpings län

MISSIV

2018-11-21 RJL2017/83

Nämnd för Folkhälsa och sjukvård

Utvärdering av vårdplatsneddragningar

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande rapport som utvärdering vårdplatsneddragningar i Region Jönköpings län

Sammanfattning

Vårdplatsneddragningen har bidragit till den lägre kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län, men ingen säker effekt på patientsäkerhet eller arbetsmiljö kan påvisas i denna rapport.

I helheten har antalet anställda i vården på sjukhusen ökat. Det finns dock skillnader mellan olika kliniker och enheter. Även om andel överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är lägre i Region Jönköpings län än i landet i övrigt har de ökat, vilket ett observandum eftersom det i andra uppföljningar påvisats medföra risk för vårdskador. Samtidigt har det i denna utvärdering inte kunnat påvisas några patientskador till följd av de vårdplatsneddragningar som gjorts.

Information i ärendet

I Budget och verksamhetsplan för 2018 gavs ett uppdrag att utvärdera konsekvenserna kring gjorda vårdplatsneddragningar och personalminskning vad gäller patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

En rapport är framtagen av Folkhälsa och sjukvård, sektionen för Chefläkare och patientsäkerhet, med hjälp av verksamhetsområden för medicinsk vård, kirurgisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik, HR och ekonomi.

Beslutsunderlag

- Missiv daterad 2018-11-21
- Rapport – Utvärdering vårdplatsneddragning daterad 2018-11-14

Beslut skickas till

Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård

Region Jönköpings län

MISSIV

2018-11-21

RJL2017/83

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

2018-11-14

Region Jönköpings län

Utvärdering
vårdplatsneddragning

Textansvarig Axel Ros
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Sammanfattning

Denna rapport försöker belysa följderna av de senaste årens vårdplatsneddragningar vad gäller patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi inom Region Jönköpings län. Rapporten bygger på statistik från Kolada, Diver och Synergi samt faktainsamling från verksamhetsområden, HR, ekonomi, patientnämnden samt sektion chefläkare och patientsäkerhet. Den är främst inriktad på åren 2016-2018.

Vårdplatsneddragningen har bidragit till den lägre kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län, men på den nivå av resultatredovisning som denna utredning har gjorts kan ingen säker effekt på patientsäkerhet eller arbetsmiljö påvisas. Skillnader mellan de tre sjukhusen är svårt att påvisa eller uttala sig om med den data som använts. I helheten har antalet anställda i vården på sjukhusen ökat. Det finns dock enskilda kliniker och enheter som har svårt att rekrytera framför allt sjuksköterskor vilket har bidragit till svårigheter att upprätthålla de vårdplatser som behövs. Även om andel överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är lägre i Region Jönköpings län än i landet i övrigt har de ökat, vilket ett observandum eftersom det i andra uppföljningar påvisats medföra risk för vårdskador. Beläggningsgraden har ökat under åren, särskilt på Höglandssjukhuset. Optimal beläggningsgrad är svår att ange, framför allt i jämförelser mellan olika verksamheter, men att i längre perioder ha beläggningsgrad över 90 procent, och ibland stadigvarande upp mot 100 procent, som man har på vissa kliniker och enheter i länet, medför risker för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Samtidigt som det i denna utvärdering inte har kunnat påvisas några patientskador till följd av de vårdplatsneddragningar som gjorts.

En fortlöpande utvärdering och diskussionsunderlag för fortsatt arbete med att utjämna skillnader i bemanning och vårdkvalitet mellan de tre sjukhusen bör innehålla:

- Uppföljning av enkät medarbetarskap och säkerhet, men då måste frekvens och kostnad av att genomföra enkäter värderas mot nytta
- Personalomsättning med tanke på kompetens
- Resultat inom ”Vården i siffror”, för bättre uppfattning om kvalitet generellt
- Överbeläggningar
- Utlokaliserade patienter

Syfte/uppdrag

Vi utgår från Britt-Marie och hennes familj och deras behov av hälso- och sjukvård. Britt-Marie är en fiktiv invånare i Jönköpings län. Britt-Marie och hennes närstående bor på olika platser i länet. De behöver olika typer av stöd från olika delar av hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen. Hur vårdens delar samarbetar spelar en stor roll för Britt-Marie.

Uppdraget är att utvärdera konsekvenserna av gjorda vårdplatsneddragningar och personalminskningar vad gäller patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi. Utredningen ska ge förslag på hur en eventuell fortlöpande utvärdering skulle kunna se ut samt vara diskussionsunderlag för fortsatt arbete med att utjämna skillnader i bemanning och vårdkvalitet mellan de tre sjukhusen.

Metod

Denna rapport omfattar de senaste årens effekter av vårdplatsneddragning inom Region Jönköpings län och är främst inriktat på åren 2016-2018, men det har i vissa parametrar gjorts jämförelser längre tillbaka i tiden. Rapporten bygger på statistik från Kolada, Diver och Synergi samt faktainsamling från verksamhetsområden, HR, ekonomi, patientnämnden samt sektion chefläkare och patientsäkerhet.

Inledning

Medicinsk vård

Utgångspunkten för de planerade vårdplatsneddragningar som skett i verksamhetsområdet de senaste åren är bland annat de beslut som togs i Region Jönköpings län inom arbetet som benämndes ”Kraftsamling”. Åtgärdsplanen, som det beslutades om i detta arbete inför år 2014-2015, skulle minska kostnaderna i den somatiska vården med 150 miljoner kronor samt minska antalet årsarbetare med 100 stycken i verksamhetsområde Medicinsk vård och 100 stycken i verksamhetsområde Kirurgisk vård. Detta genom att stödja arbetet med att gå ”från mycket bra till bästa möjliga varje gång” inom ett antal områden.

Som ett led i detta lämnade sjukvårdsdirektören i maj 2015 ett uppdrag till MPG medicin och MPG geriatrik om att genomföra en utredning med inriktning att beskriva framtida samarbetsmöjligheter mellan medicinklinikerna och de geriatriska klinikerna inom Region Jönköpings län. Uppdraget skulle omfatta förslag på vårdplatsneddragning, förslag på förflyttning av verksamhet över klinikgränserna (exempelvis stroke och neurologi) samt en beskrivning av befintliga GAVA-platser samt plan för inrättande av GAVA-platser på geriatriska

enheter som inte hade detta. Arbetet genomfördes och resulterade i princip i de disponibla vårdplatser som finns inom Medicinsk vård idag.

Under de senaste två åren har det dessutom skett vårdplatsneddragningar som kan beskrivas som oplanerade, det vill säga sådana som beror på personalbrist av olika omfattningar. Tydligast har detta skett inom medicin- och geriatrikklinikerna i Värnamo och i Eksjö. Allra tydligast har detta varit det senaste året på medicin- och geriatrikkliniken i Eksjö. Den största orsaken till detta är den sjuksköterskebrist som märks av i större delen av landet. För att säkra en god arbetsmiljö för våra medarbetare har tillfälliga vårdplatsneddragningar varit nödvändiga. Ett omfattande arbete pågår för att återställa de tillfälligt neddragna vårdplatserna.

Senaste året har det även skett förändringar i samverkan mellan Region Jönköpings län och kommunerna där antalet utskrivningsklara patienter som vårdas på våra sjukhus har minskat avsevärt. Tydligast är detta på Länssjukhuset Ryhov. Detta har medfört att några verksamheter på Länssjukhuset Ryhov har haft möjligheten att minska några vårdplatser och på så sätt kunna anpassa befintliga vårdplatser till det behov och den bemanning som finns.

Den planerade neddragningen av vårdplatser har medfört ett större antal minskade vårdplatser än de neddragningar som varit nödvändiga på grund av personalbrist.

Kirurgisk vård

Inom Kirurgisk vård har anpassningar av antalet vårdplatser genomförts de senaste fem åren på grund av förbättrade vårdprocesser, ökad poliklinisering och utveckling av kirurgiska ingrepp som kräver kortare vårdtider. Exempel är bröstcanceroperationer samt knä- och höftplastiker. Det har medfört att behovet av vårdplatser har minskat. Vid enstaka tillfällen har kortvariga korrigeringar av antal vårdplatser gjorts på grund av sjuksköterskebrist inom några kliniker.

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik

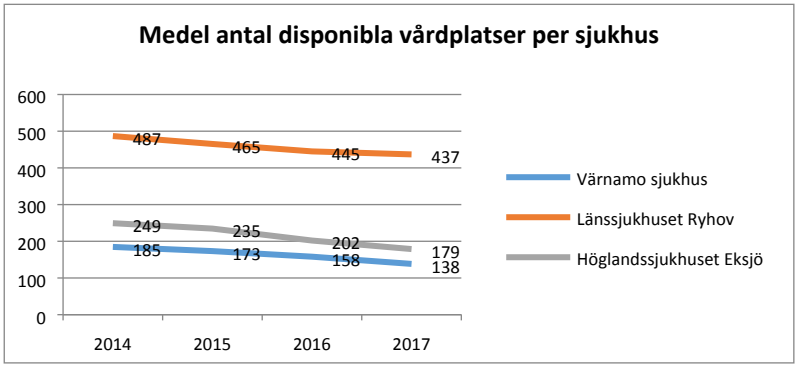
Inom specialistpsykiatrin har det under de senaste åren inte skett några stora förändringar av antalet 7-dygnsvårdplatser. De permanenta neddragningar som gjorts har skett i samband med att klinikerna har utvecklat och utökat öppenvården med mobila team. I perioder har det varit tillfälliga neddragningar av några vårdplatser dels på grund av personalbrist och dels på grund av renovering av lokaler. Under sommaren har platsantalet dragits ner i något större omfattning. Det har gjorts i samverkan mellan de psykiatriska klinikerna. Beläggningsnivån har följts och den har varierat men endast vid enstaka tillfällen har det varit överbeläggningar. I nationell jämförelse ser man att specialistpsykiatrin i Region Jönköpings län fortfarande 2017 ligger högst i landet beträffande antalet fastställda slutenvårdsplatser.

På rehabiliteringsmedicinska kliniken har det inte gjorts några vårdplatsneddragningar de senaste 20 åren. Vid enstaka tillfällen har 1-2 vårdplatser dragits ned med anledning av ombyggnation och vårdkrävande patienter. Vårdplatser dras även ner under helger då många patienter är på permission och detta kan göra att det uppstår överbeläggningar.

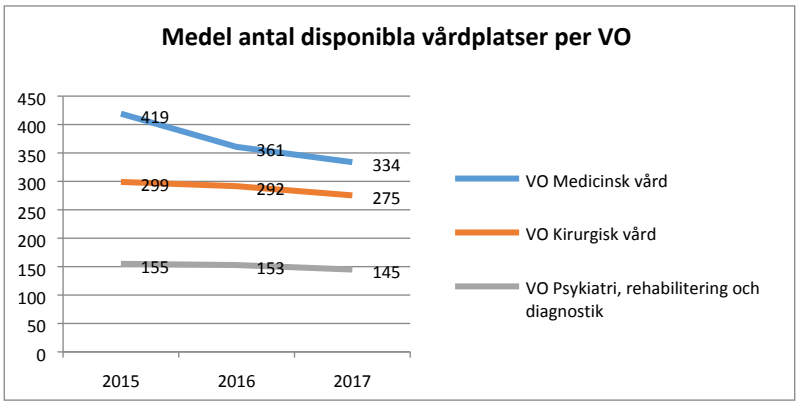
Resultat

Disponibla vårdplatser

Disponibel vårdplats är en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Antalet vårdplatser skiftar över åren. I resultaten anges ett medeltal per år.

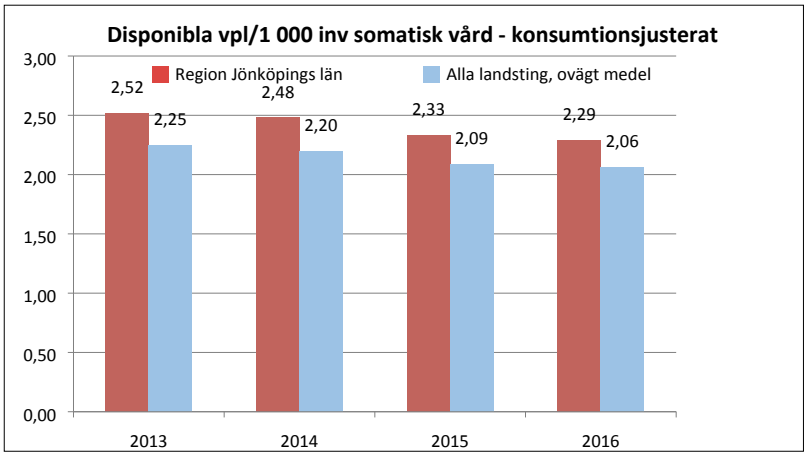


Sedan 2014 har antalet vårdplatser i Region Jönköpings län minskat i medeltal med 167. Värnamo sjukhus och Länssjukhuset Ryhov har minskat med i medeltal cirka 50 disponibla vårdplatser var och Höglandssjukhuset har minskat med 70.



Anm. Kirurgisk vård tog över geriatrisk avdelning A på Länssjukhuset Ryhov med cirka 20 vårdplatser från Medicinsk vård år 2016

Från att tidigare varit en sjukhusorganisation bildades 2015 verksamhetsområden och de senaste tre åren har Medicinsk vårds vårdplatser minskat med i medeltal 85 disponibla vårdplatser. För Kirurgisk vård är motsvarande en minskning med 24 och för Psykiatri, rehabilitering och diagnostik är minskningen 10. Totalt har antalet disponibla vårdplatser i medeltal minskat med 119 sedan 2015.

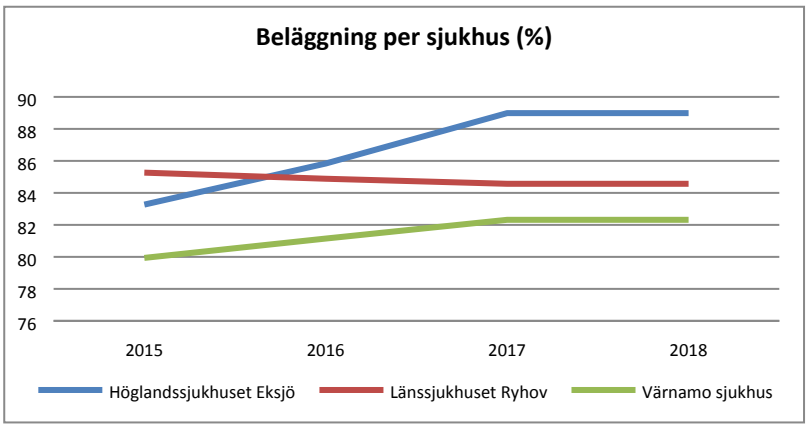


Region Jönköpings län har minskat de disponibla vårdplatserna i relation till antalet invånare mer än riket i övrigt, under perioden 2013-2017. Minskningen är 24,1 procent medan riket i övrigt (vägt medel)[1] har minskat med 16,1 procent.

Trots en relativt kraftig minskning har Region Jönköpings län fler vårdplatser inom specialiserad somatisk vård än riket i övrigt om hänsyn tas till invånarnas konsumtion av slutenvård. Det så kallade konsumtionsjusterade värdet tar hänsyn till att länets invånare ibland vårdas i Linköping och så vidare.

Aktuella värden/jämförelser saknas för 2017 men skillnaden mot riket (ovägt medel)[2] 2016 motsvarade cirka 80 vårdplatser. Under 2017 har de disponibla vårdplatserna minskat något mer i Region Jönköpings län än riket i övrigt (cirka 18 fler än genomsnitt) vilket innebär att de 80 minskat till drygt 60 vårdplatser.

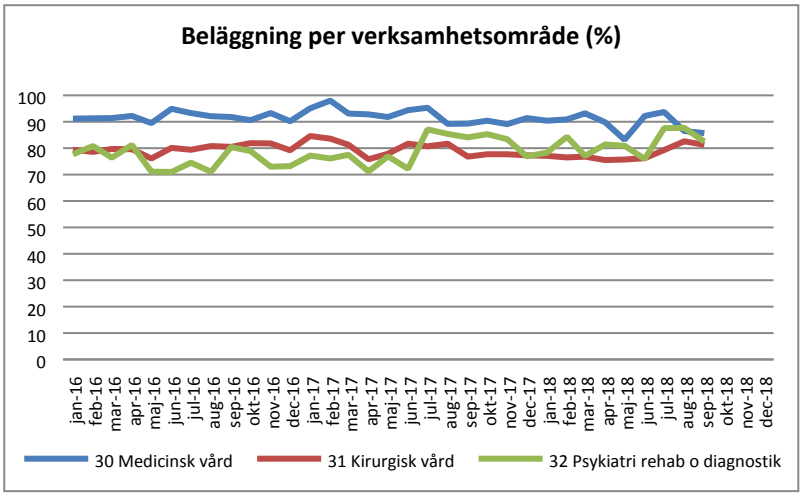
Beläggning



På Höglandssjukhuset har beläggningsgraden ökat med cirka 6 procent de senaste tre åren. Länssjukhuset Ryhov har en minskad beläggningsgrad på cirka 1 procent och på Värnamo sjukhus har beläggningsgraden ökat med drygt 2 procent.

[1] Ett **vägt medelvärde** beräknas annorlunda. Då väger landsting olika tungt beroende på att man har olika många invånare, brukare, patienter osv. Om det finns uppgifter för samtliga landsting så kommer ett vägt medelvärde ("Alla landsting") att vara samma sak som ett riksmedelvärde.

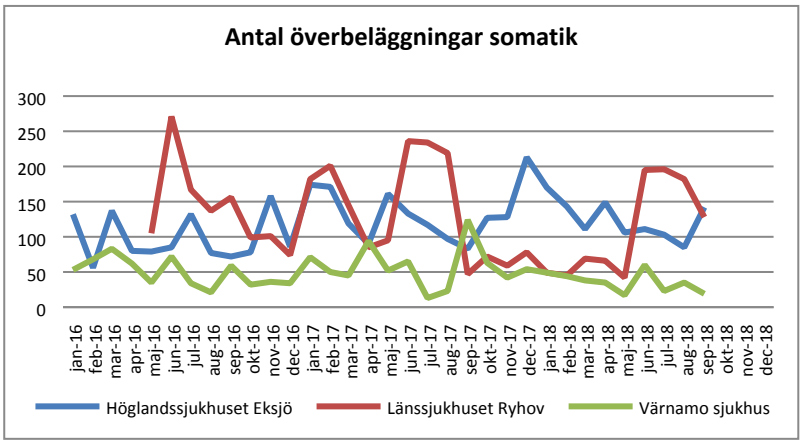
[2] Ett **ovägt medelvärde** beskriver genomsnittet för Sveriges landsting – hur det ser ut i ett genomsnittligt landsting. Det beräknas genom att man summerar alla landstings värde och dividerar med 21. Om någon eller några landsting saknar data för det aktuella nyckeltalet så divideras värdet med det antal som har värden. Riket/riksmedelvärde är det mått som motsvarar hur något är för en genomsnittlig invånare i Sverige.

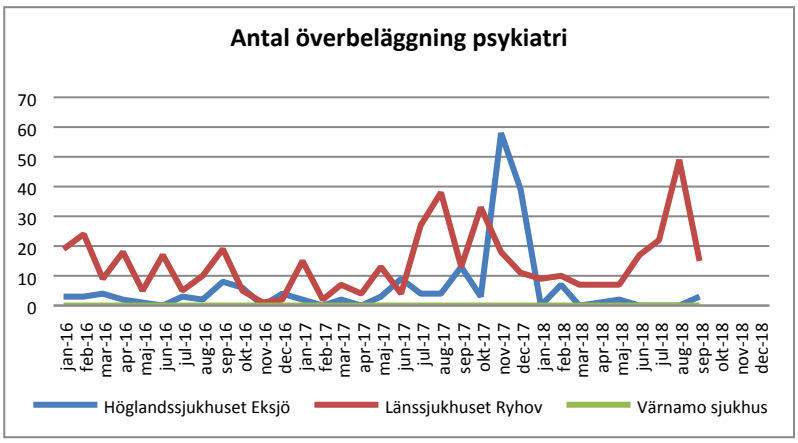


Beläggningsgraden har ökat något de senaste åren där Medicinsk vård under 2016 och 2017 haft en snittbeläggning på 93 procent och Kirurgisk vård på 81 procent. Under 2015 hade Medicinsk vård en snittbeläggning på 91 procent och Kirurgisk vård 78 procent.

Överbeläggningar

Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.





Under perioden 2014-2017 har överbeläggningarna ökat men betydligt mindre än

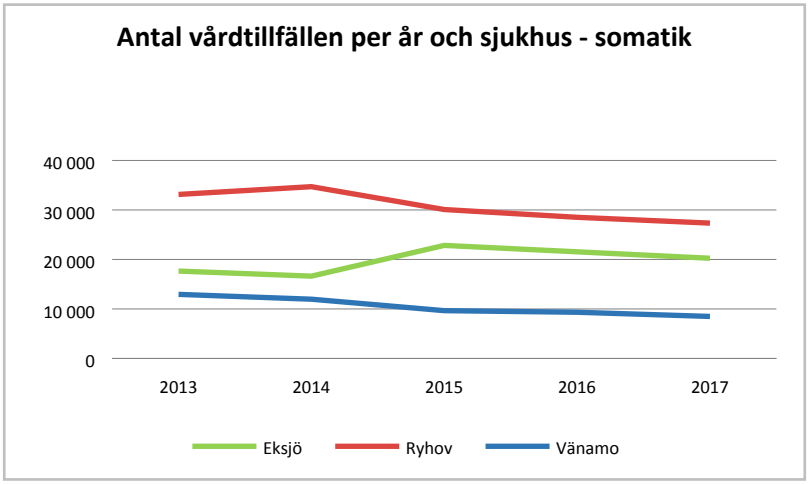
genomsnitt för riket. 2017 var genomsnittet för Region Jönköpings län 1,7 procent medan riket (ovägt) hade 4,3 procent.

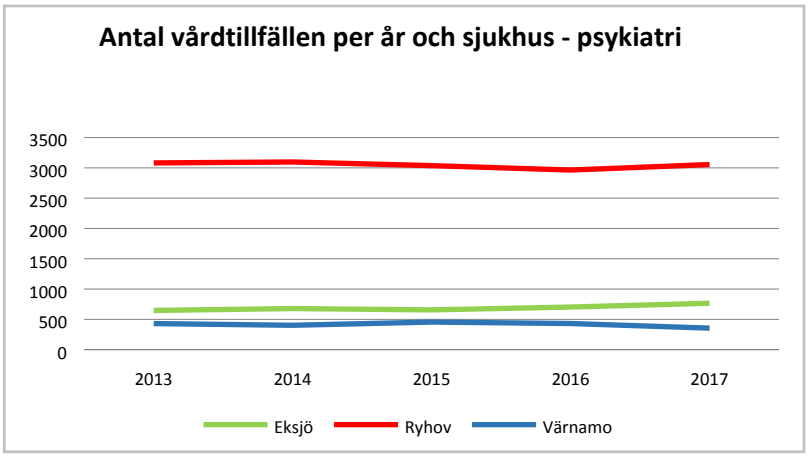
Vårdtillfällen

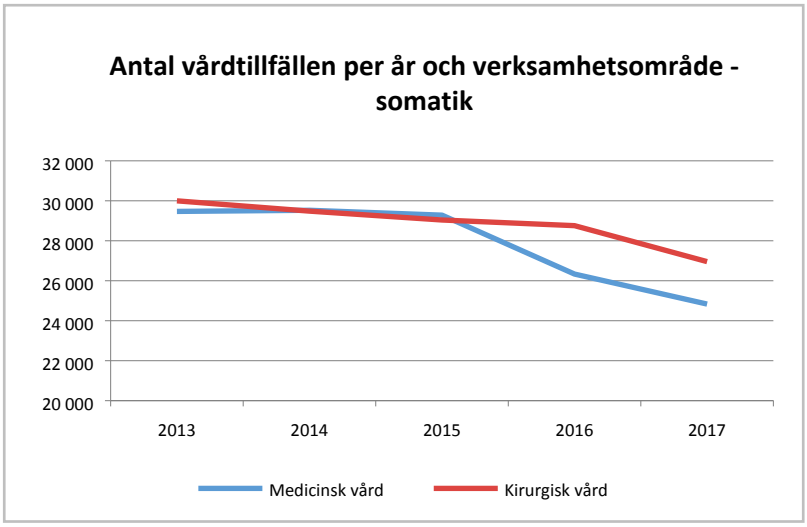
Vårdtillfälle är en vårdkontakt i sluten vård som avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande).

		2013	2014	2015	2016	2017	Förändring 2013-2017	Procentuell förändring
Vårdtillfällen i specialiserad somatisk slutenvård, antal/100 000 inv.	Landstinget i Kalmar län	18 812	18 434	18 021	17 231	16 688	-2 124	-11,3%
	Region Jönköpings län	17 090	16 804	16 409	15 099	14 195	-2 895	**-16,9%**
	Region Östergötland	14 047	13 820	13 268	12 792	12 530	-1 517	-10,8%
	Alla landsting, ovägt medel	15 877	15 498	15 170	14 482	13 971	-1 906	-12,0%
	Alla landsting, vägt medel	15 212	14 843	14 447	13 744	13 282	-1 930	-12,7%
Vårdtid i dagar, antal/100 000 inv.	Landstinget i Kalmar län	85 771	84 519	84 928	81 733	76 354	-9 418	-11,0%
	Region Jönköpings län	90 408	92 222	83 457	75 767	73 256	-17 152	**-19,0%**
	Region Östergötland	68 780	69 021	67 862	63 384	60 777	-8 003	-11,6%
	Alla landsting, ovägt medel	89 010	86 646	85 441	81 327	78 747	-10 263	-11,5%
	Alla landsting, vägt medel	85 855	83 812	83 383	79 389	76 164	-9 691	-11,3%

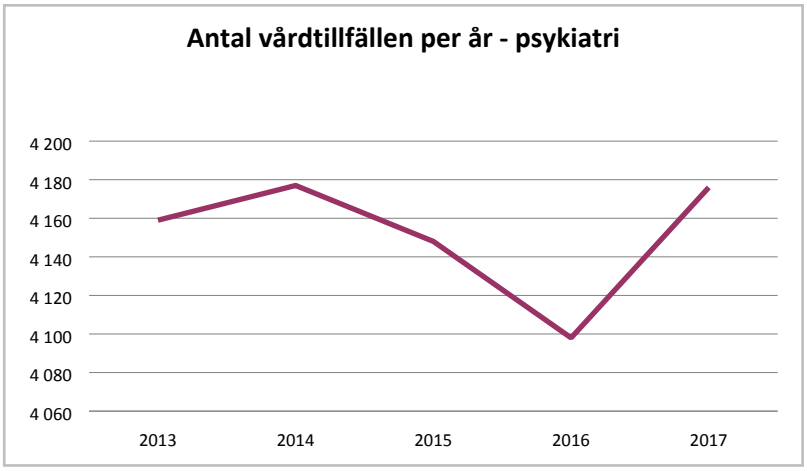
Antalet vårdtillfällen och vårdtid i dagar minskar också mer än riket under perioden 2013-2017 men i något mindre omfattning procentuellt än de disponibla vårdplatserna.







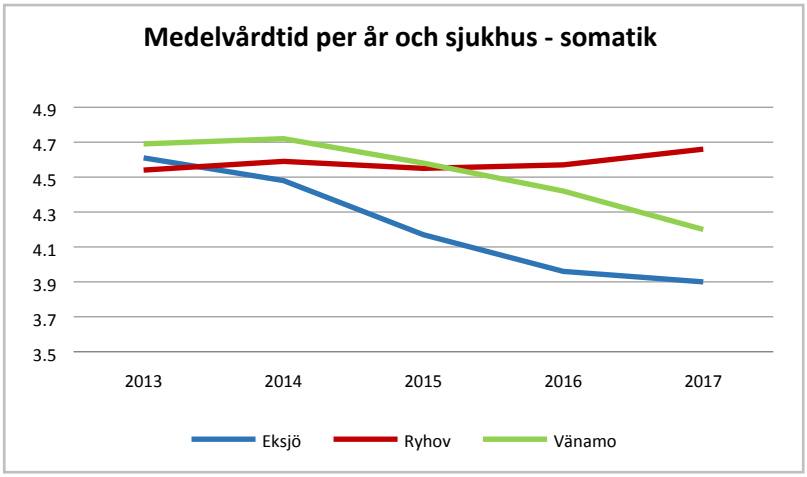
Anm. Rehabiliteringsmedicinska kliniken exkluderat

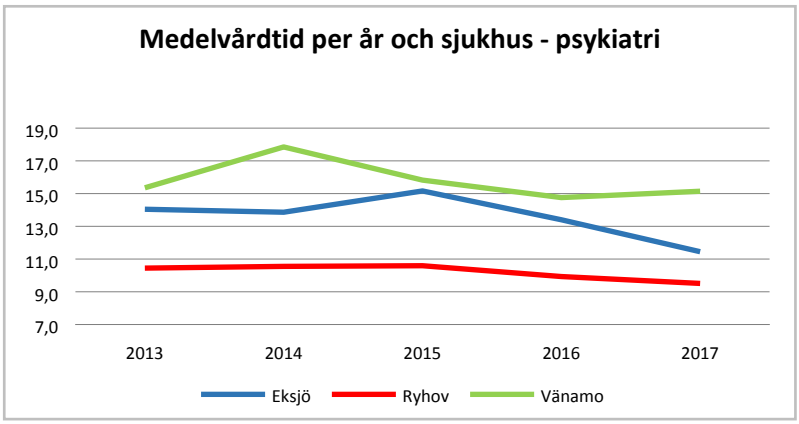


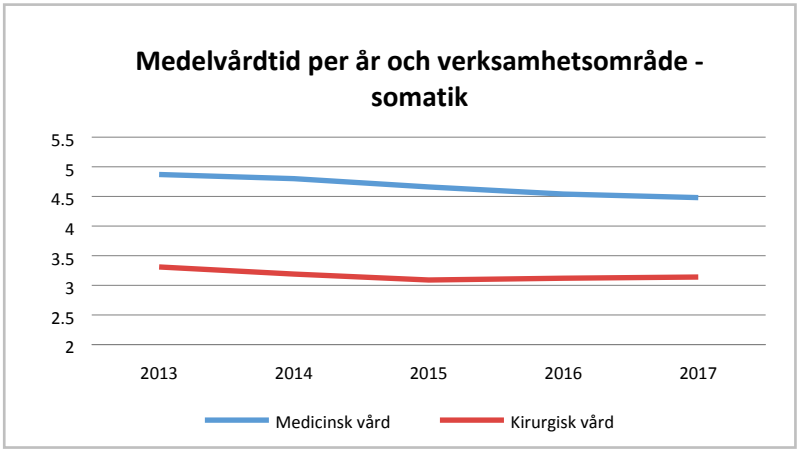
Vårdtillfällen minskar i paritet med vårdplatsneddragningarna sett till verksamhetsområdena. Däremot är relationen omvänd för Höglandssjukhuset där vårdtillfällena ökar men samtidigt minskar medelvårdtiden, vilket begränsar ökningen av den totala beläggningsgraden.

Medelvårdtid

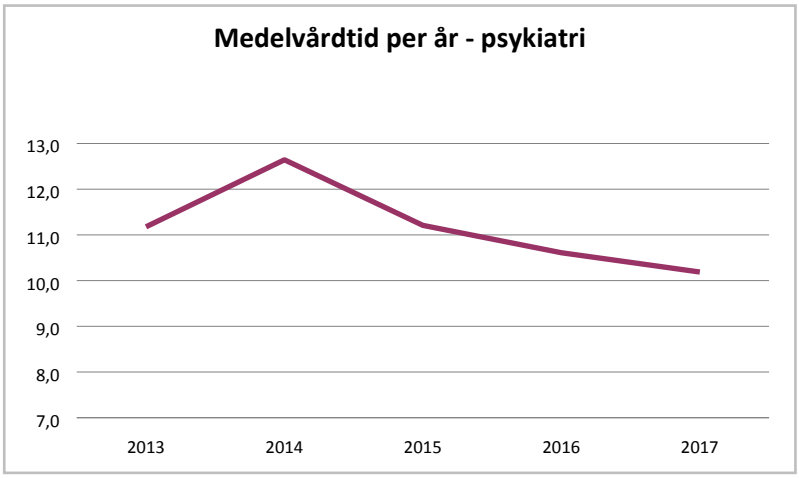
Medelvårdtid är summa vårdtid dividerat med summa vårdtillfällen.





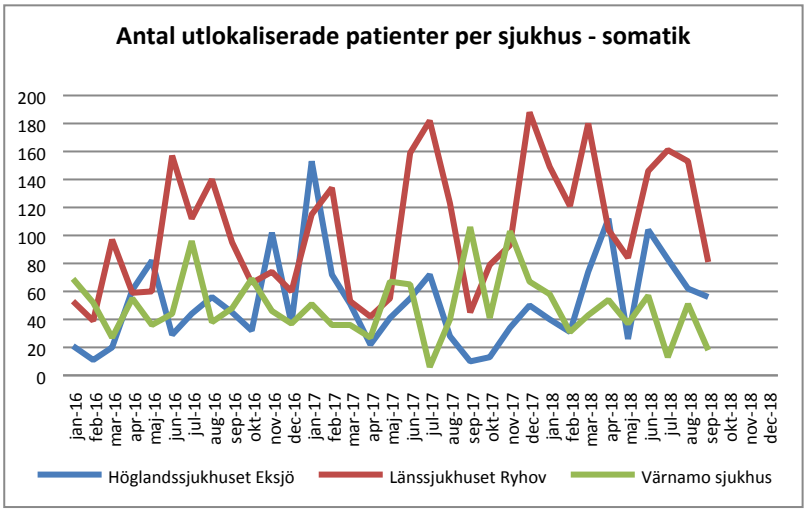


Medelvårdtiden minskar inom båda verksamhetsområdena men mest inom Medicinsk vård.



Utlokaliserade patienter

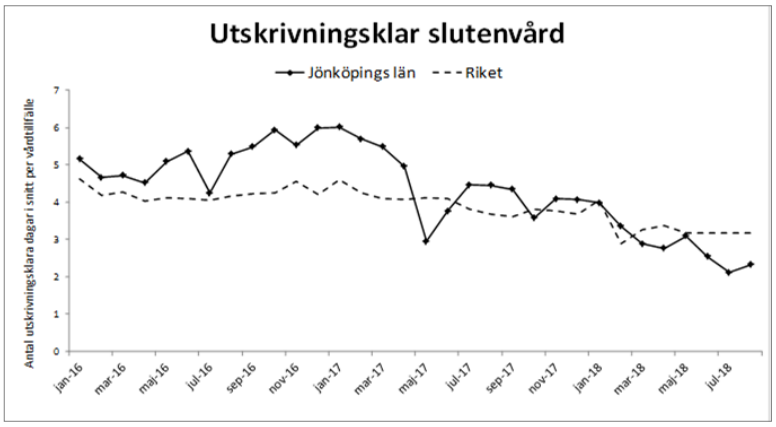
En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.



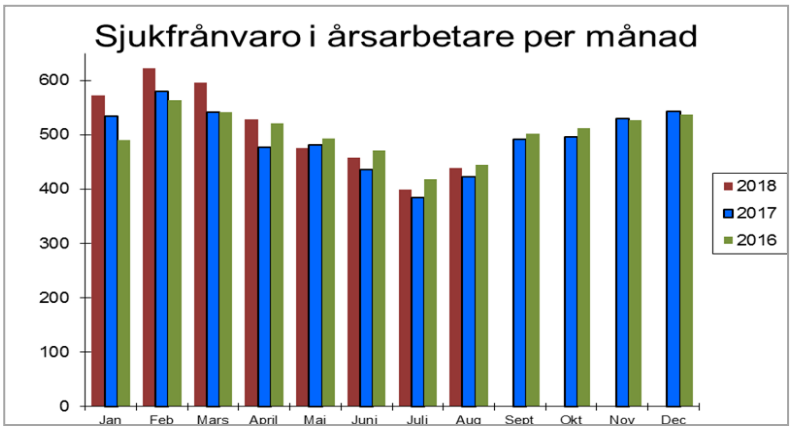
Antalet utlokaliserade patienter har ökat under perioden 2014 till 2017 men i betydligt mindre omfattning än genomsnittet för riket. 2017 var genomsnittet för Region Jönköpings län 1,0 procent medan riket (ovägt) hade 2,3 procent utlokaliserade patienter. Utlokalisering är ovanligt inom psykiatrin, det kan förekomma någon gång och då främst på Länssjukhuset Ryhov.

Utskrivningsklara patienter

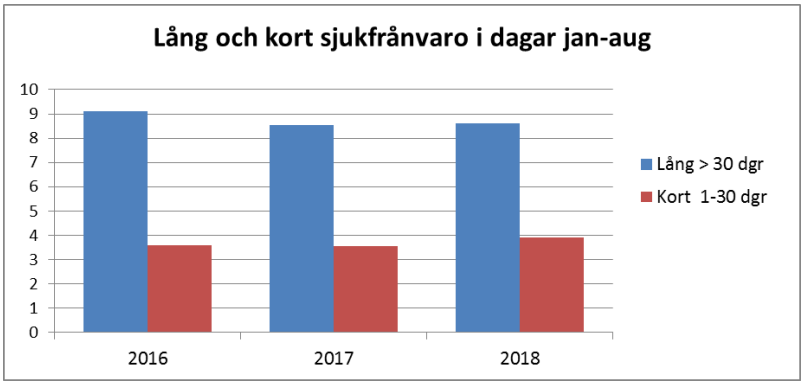
Antal utskrivningsklara dagar i snitt per vårdtillfälle har minskat i förhållande till de två föregående åren. Från den 1 januari 2018 gäller ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Utifrån denna lag arbetar alla involverade parter enligt ett nytt arbetssätt. Detta har medfört att färre patienter ligger kvar på sjukhuset i väntan på vidare insatser.



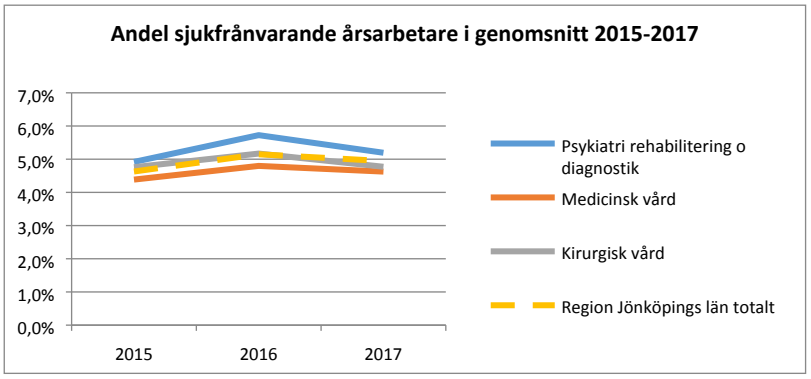
Arbetsmiljö
Sjukfrånvaro



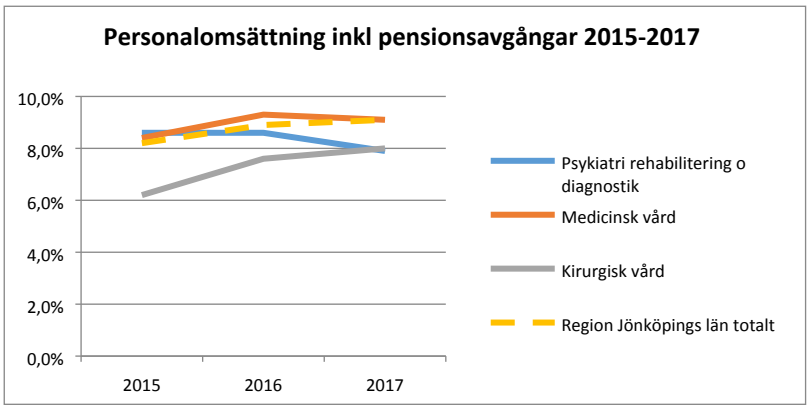
Inom Region Jönköpings län förändras inte mönstret för sjukfrånvaron särskilt mycket mellan åren. Under februari-mars brukar det ske en uppgång som ofta har samband med influensaperioder. Under senvåren och sommaren sjunker sjukfrånvaron för att sedan öka igen under hösten. En förändring har dock skett under början av 2018 då sjukfrånvaron i årsarbetare varit betydligt högre under de inledande månaderna 2018 jämfört med tidigare år. Från april/maj har sjukfrånvaron sjunkit och ligger mer i samma nivå som tidigare.



Högst sjukfrånvaro i dagar per anställd har personalgrupperna kök och service, tandhygienister och undersköterskor. Lägst sjukfrånvaro har generellt läkare, tandläkare och chefer. Vad gäller de olika personalgruppernas sjukfrånvaro januari-augusti 2018 jämfört med samma period 2017 så har den största ökningen varit bland personalgrupperna inom kök och service, utbildning, fritid och kultur samt administration vård. Bland de grupper som minskat sin sjukfrånvaro jämfört med föregående år finns bland annat läkare, sjuksköterskor och psykologer.



Personalomsättning



Arbetsolyckor/arbetsskador och tillbud registrerade i Synergi

	2015	2016	2017
Arbetsolyckor/arbetsskador	293	366	356
Tillbud	244	290	259

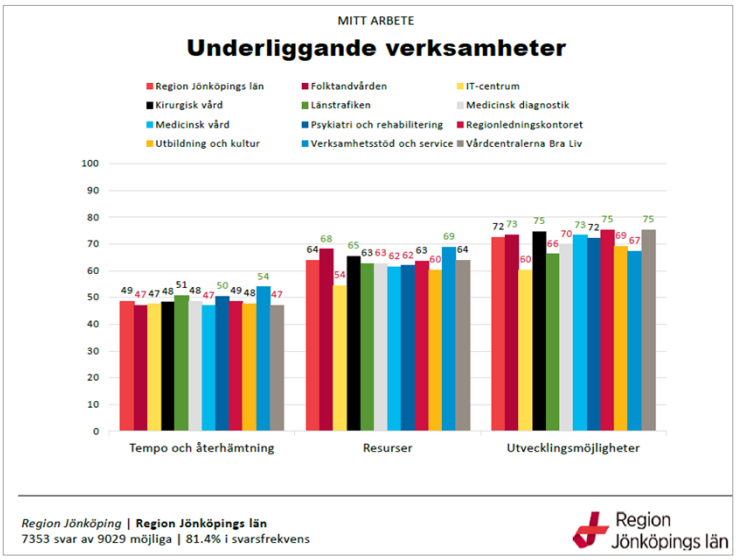
Anm. Hot och våld kan rapporteras som såväl tillbud som arbetsskada.

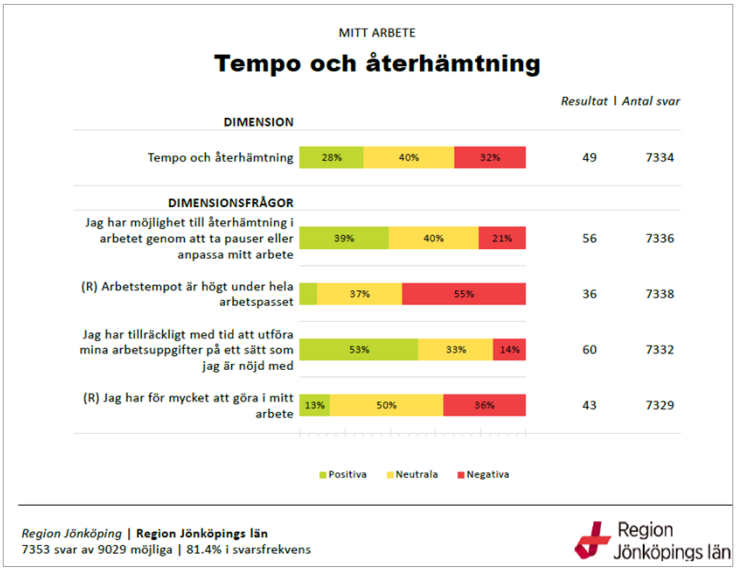
En ökning av arbetsolyckor har skett under perioden 2015--2017, exempelvis har fallolyckorna ökat. Psykiatri, rehabilitering och diagnostik har nästintill dubbelt så många registrerade olyckor i jämförelse med övriga verksamhetsområden. Det är svårt att göra en mer ingående tolkning av statistiken utan att göra kvalitativa intervjuer och det har inte varit möjligt inom ramen för denna utvärdering. Det är alltså omöjligt att veta om det finns någon relation mellan arbetsolyckor och vårdplatsneddragningar.

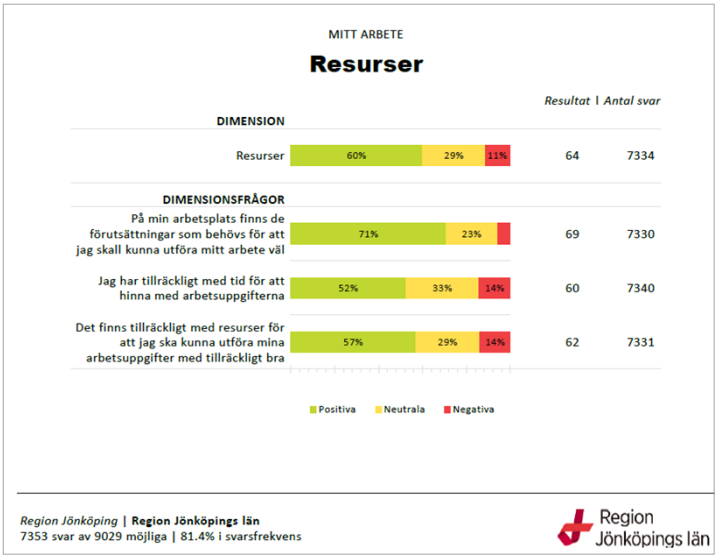
Medarbetarenkät

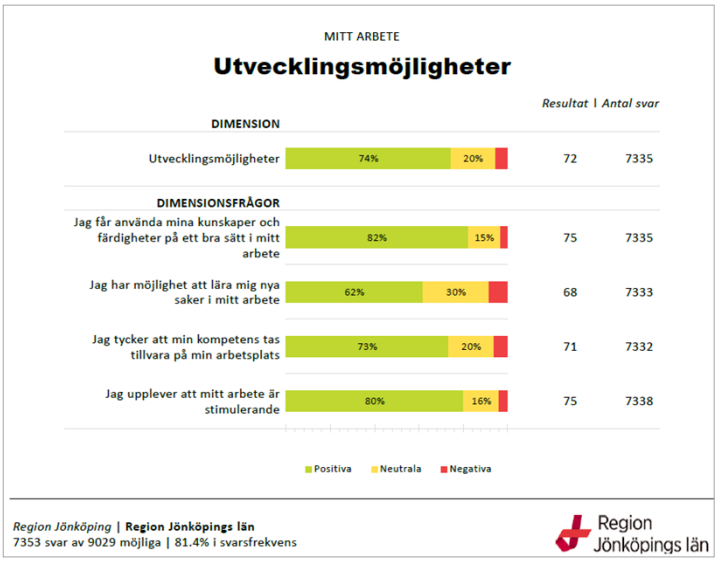
I september 2016 genomfördes en undersökning om medarbetarskap och säkerhet i Region Jönköpings län. Alla medarbetare fick besvara hur man uppfattar styrning, ledning, arbetsmiljö och säkerhet i sitt arbete. Varje arbetsplats har analyserat sitt resultat och tagit fram handlingsplaner för utveckling av styrkor och svagheter utifrån olika dimensioner. Här nedanför ses övergripande resultat utifrån dimensionen Mitt arbete.

Resultat dimension Mitt arbete









En uppföljning av medarbetarenkäten 2016 är planerad till tidigast ht 2019 och i den ingår följande dimensioner;

- Ledarskap – närmaste chef
- Styrning
- Delaktighet
- Motivation
- Resurser
- Utvecklingsmöjligheter
- Tempo och återhämtning
- Öppenhet i kommunikation
- Samarbete inom och mellan enheter
- Lärandeorganisation
- Sammantaget arbetsmiljöarbete
- Sammantagen patientsäkerhetsmedvetenhet
- Återföring och kommunikation kring avvikelser
- En icke-straff och skuldbeläggande kultur
- Överföring och överlämningar av patienter och information

En jämförelse av resultat över tid kan göras först efter nästa enkätundersökning.

Patientsäkerhet

Riskanalyser

En riskanalys utförs när det finns behov av att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten, risker som uppstår vid förändringar eller risker vid införande av ny teknik. Sambandet mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö beaktas mer och mer och båda perspektiven integreras ofta i analyserna. Riskbedömningar genomförs både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag. Ansvaret för riskanalyser följer linjeorganisation och i verksamheternas patientsäkerhetsberättelser för år 2016 och 2017 beskrivs riskanalyser som kan sättas i samband med vårdplatsneddragningar då de har gällt vårdplatsneddragning, sammanslagningar av verksamheter, ombyggnationer, växling av arbetsuppgifter, neddragning av bemanning, stängning och överflyttning av verksamheter samt nystartade verksamheter. Ett exempel är:

- Riskanalys på akutvårdsavdelningen (AVA) på Länssjukhuset Ryhov på grund av höga patientflöden, vårdplatsneddragning på medicin B och personalomsättning på AVA. Personalomsättningen har medfört kompetensförlust. Riskanalysen resulterade i internutbildning på AVA och under den tiden reducerades vårdplatser på AVA och medicin B öppnade motsvarande antal vårdplatser och har därefter bibehållit dessa.

Gröna korset – risker identifierade på Daglig styrning på sjukhusnivå

Gröna korset är en metod för att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid. Metoden används av enheterna och sedan hösten 2017 även på daglig styrning på sjukhusnivå. Sommaren är en tid då verksamheterna gör många men planerade vårdplatsneddragningar och nedan följer en beskrivning av identifierade risker på sjukhusnivå med avseende på vårdplatser och bemanning under sommaren 2018 som tidigare rapporterats i utvärdering av sommaren 2018:

Risker i juni

Under juni identifierades risker avseende överbeläggningar och utlokaliserade patienter på Länssjukhuset Ryhov och Höglandssjukhuset. På Värnamo sjukhus identifierades risker kring bemanning/personalbrist.

Risker i juli

Även under juli identifierades risker avseende överbeläggningar och utlokaliserade patienter på Länssjukhuset Ryhov och Höglandssjukhuset. Brist på vårdplatser ses i hela Region Jönköpings län och det öppnades extra vårdplatser på Länssjukhuset Ryhov. Hög sjukfrånvaro sågs i vissa verksamheter på Länssjukhuset Ryhov. Bemanning/personalbrist förekom på alla tre sjukhusen.

Risker i augusti

Denna månad ses risker avseende överbeläggningar och utlokaliserade patienter, bemanning/personalbrist på Värnamo sjukhus. Brist på vårdplatser ses i hela Region Jönköpings län och det öppnades extra vårdplatser på Länssjukhuset Ryhov.

Avvikelser och klagomål

	2014	2015	2016	2017
Antal lex Maria-anmälningar	43	59	66	57
Antal enskildas klagomål (IVO)	114	107	144	133
Antal anmälningar Löf	535	540	606	573
Antal ärenden i patientnämnden avseende hälso- och sjukvården (exkl. privata vårdcentraler)	490	553	555	648
Avvikelser i Synergi med händelsekategori Patientsäkerhet	5233	5277	5871	5827
Avvikelser i Synergi med händelsekategori Informationssäkerhet	1037	934	1339	1327
Antal kontakter i Patientens direktkanal	694	648	687	590

Lex Maria
Vid genomgång av lex Maria-anmälningar (ej suicid) från 2016 till oktober 2018 ses endast en anmälan där platsbrist ses som en av de identifierade bakomliggande orsakerna till händelsen.

Utöver detta ärende ses fyra lex Maria-anmälningar där man i utredningen sett att stress, extremt hög arbetsbelastning eller trötthet hos personal varit en av de bakomliggande orsakerna till händelsen. Det framgår inte om det varit relaterat till vårdplatsbrist eller vårdplatsneddragningar.

Enskildas klagomål (patientärenden från IVO)
Vid genomgång av ärenden med relevanta kategoriseringar från 2016 till oktober 2018 ses endast ett ärende där en av de bakomliggande orsakerna ser ut att vara vårdplatsbrist.

Avvikelser som registrerats i Synergi
Vid sökning i Synergi avseende avvikelser med händelsedatum 2016--23 okt 2018 (totalt 25 792 st) finns ordet vårdplats nämnt i händelseförloppet i 38 avvikelser som möjligtvis kan relateras till vårdplatsneddragningar. Av dessa gäller 18 avvikelser Medicinsk vård, 4 Kirurgisk vård och 16 Psykiatri, rehabilitering och diagnostik (psykiatrisk vård).

Vid sökning i Synergi avseende avvikelser med händelsedatum 2016--23 okt 2018 (totalt 25 792 st) finns ordet personalbrist nämnt i händelseförloppet i 13 avvikelser som möjligtvis kan relateras till vårdplatsneddragningar. Av dessa gäller 10 avvikelser Medicinsk vård, 2 Kirurgisk vård och 1 gäller Psykiatri, rehabilitering och diagnostik (psykiatrisk vård).

Patient-/kundsynpunkter som registrerats i Synergi
Antalet registrerade patient-/kundsynpunkter med händelsedatum 2016-okt 2018 är 264 för Medicinsk vård, 325 för Kirurgisk vård och 418 för Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Då det inte finns något sätt att urskilja de patient-/kundsynpunkter som skulle kunna relateras till vårdplatsneddragningar saknas möjlighet att göra en analys inom ramen för denna utvärdering.

Patientnämnden
Vid genomgång av samtliga ärenden för 2016 (653 ärenden) och 2017 (746 ärenden) samt 664 ärenden fram till och med den 5 oktober 2018 framgår inget som tyder på direkta kopplingar till färre vårdplatser. Däremot kan genomgången inte svara för om det finns underliggande orsaker som kan relateras till neddragningar.

Vårdskademätning

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är ett instrument och en strukturerad metod för att i efterhand identifiera patientskador som indikera möjligt avsteg från det normala vårdförloppet.

Resultaten redovisas både på nationell nivå samt region- och landstingsnivå. På region- och landstingsnivå görs ingen statistisk analys då det finns skillnader i granskningsprocessen som medför variation i resultatet samt att en statistisk slumpvariation förekommer beroende på det begränsade antalet granskade vård-tillfällen per sjukhus och månad.

Nationella data kan användas för kontroll av hur de egna resultaten står sig i jämförelse med medelvärden för övriga landsting och regioner. Resultaten är primärt av intresse för respektive landsting/region, men skillnader och trender i förekomsten av olika typer av skador ger möjlighet till benchmarking. Generellt sett ligger Region Jönköpings län lägre än nationell nivå på samtliga parametrar.

Resultat Region Jönköpings län

Tabell 1. Andel (%) granskade vårdtillfällen med skador (undvikbara och icke undvikbara) respektive vårdtillfällen med vårdskador (undvikbara skador) per år.
n= antalet granskade vårdtillfällen.

	2013 n=837	2014 n=837	2015 n=818	2016 n=592	2017 n=597
Vårdtillfällen med skador	8,0	6,9	6,5	8,8	6,7
Vårdtillfällen med undvikbara skador	5,0	4,5	3,4	6,6	5,2

Tabell 2. Andel (%) vårdtillfällen med olika typer av skada per år.
n= antalet granskade vårdtillfällen.

Skadetyper	2013 n=837	2014 n=837	2015 n=818	2016 n=592	2017 n=597
Vårdrelaterade infektioner	3,9	3,1	3,2	3,9	3,4
Andra typer av skador	1,7	1,7	0,5	1,9	1,5
Kirurgiska skador	1,1	0,8	1,2	1,9	0,7
Blåsöverfyllnad	1,2	1,0	0,5	0,8	1,0
Läkemedelsrelaterade skador	0,4	1,1	1,5	1,2	0,8
Trycksår	0,5	0,0	0,4	0,3	0,2
Fallskada	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0
Svikt i vitala funktioner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neurologisk skada	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Vårdskademätningen baseras på ett stickprov av 50 vårdtillfällen per månad. Det är därför osannolikt att den mätningen kan avslöja effekt av minskat antal vårdplatser. Jämförelser mellan de tre sjukhusen kan inte göras med detta metodik. Granskningen och mätningen är ändå viktig, eftersom kunskapen och lärandet av de vårdskador som identifieras i mätningen bidrar till att minska risken för vårdskador i framtiden.

Markörbaserad journalgranskning för utlokaliserade patienter

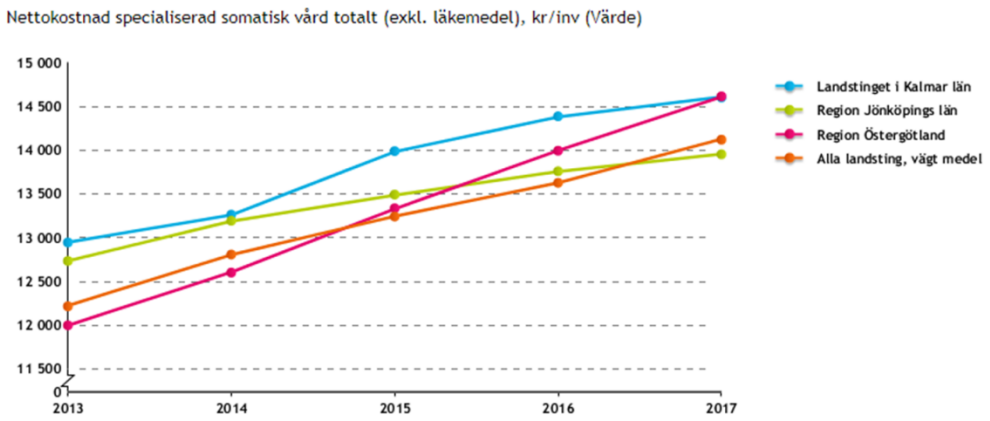
Risken att drabbas av en vårdskada är nästan dubbelt så stor om patienten är vårdad utlokaliserad enligt beräkningar från SKL. För att öka kunskapen om hur skademönstret ser ut för utlokaliserade patienter i Region Jönköpings län, för att kunna arbeta med att minska riskerna för vårdskador, har en journalgranskning av 120 utlokaliserade patienter genomförts. De granskade patienterna är alla över 18 år och har vårdats utlokaliserade ett eller flera dagar på annan klinik än sin hemmaklinik inom somatisk vård.

Resultatet visar att alla patienter har blivit inlagda akut, det vill säga att ingen har haft en planerad inläggning. Cirka 20 procent (24 av 120) har genomgått ett kirurgiskt eller annat invasivt ingrepp och de har ofta varit utlokaliserade efter operation och i väntan på vårdplanering och en trygg och säker hemgång. Cirka 30 procent (37 av 120) har vårdats som utlokaliserad patient hela sin vårdtid. Granskningen påvisade 9 skador på patienter födda mellan 1922-1958, en skada har inträffat på utlokaliserad enhet, övriga har skett på hemmaavdelningen. Tre av skadorna är på patienter som genomgått någon typ av operation. Skadetyper är infekterad venport, blåsöverfyllnad, tromboflebit, trycksår, postoperativ sårinfektion, reoperation samt fallskada. Det är ett litet material och några säkra slutsatser om samband med utlokalisering kan inte dras. Totalandelen skador ligger i nivå med andelen i större vårdskademätningar i Region Jönköpings län och Sverige.

Ekonomi

Bakgrunden till den åtgärdsplan som beslutades om inför 2014-2015 var att nettokostnaden per invånare för den somatiska vården var högre i Region Jönköping län än riket i övrigt.

Nettokostnaden per invånare

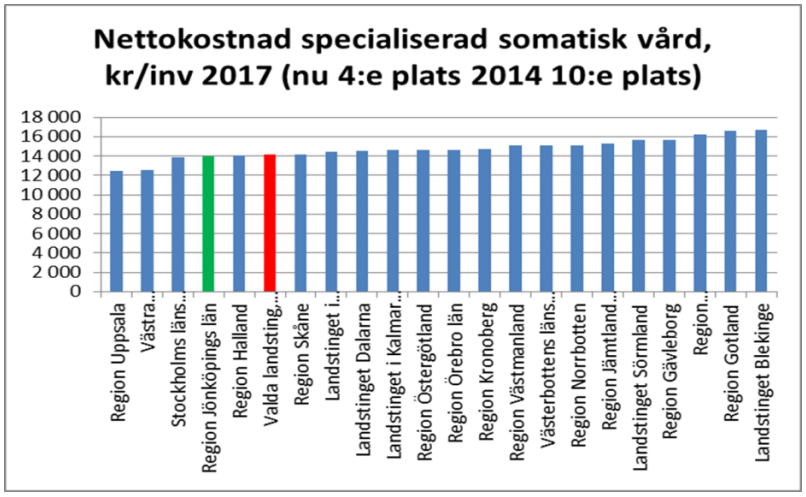


En av orsakerna till en högre kostnad var att Region Jönköpings län hade betydligt fler slutenvårdsplatser per invånare än genomsnitt för riket. Uppdraget blev att minska kostnaden med 150 miljoner kronor och detta skulle stödjas av en minskning av vårdplatser som i sin tur skulle möjliggöra en minskning av antalet årsarbetare med 200.

		2013	2014	2015	2016	2017	Förändring	Förändring %
Nettokostnad specialiserad somatisk vård totalt	Landstinget i Kalmar län	12 943	13 260	13 985	14 383	14 597	1 654	12,8%
(exkl. läkemedel), kr/inv	Region Jönköpings län	12 732	13 191	13 489	13 755	13 949	1 217	**9,6%**
	Region Östergötland	11 997	12 599	13 333	13 990	14 610	2 613	21,8%
	Alla landsting, ovägt medel	12 786	13 330	13 997	14 275	14 767	1 981	15,5%
	Alla landsting, vägt medel	12 215	12 805	13 239	13 624	14 116	1 901	15,6%
Nettokostnad specialiserad somatisk slutenvård	Landstinget i Kalmar län	7 495	7 513	7 397	7 846	7 633	138	1,8%
(exkl. hemsjukvård och läkemedel), kr/inv	Region Jönköpings län	7 756	7 889	8 078	8 199	8 073	317	**4,1%**
	Region Östergötland	7 159	7 387	7 699	7 943	8 020	861	12,0%
	Alla landsting, ovägt medel	7 289	7 584	8 015	8 034	8 209	920	12,6%
	Alla landsting, vägt medel	7 090	7 411	7 640	7 726	7 962	872	12,3%

Nettokostnaden per invånare har ökat i betydligt mindre omfattning för den specialiserade somatiska vården i Region Jönköpings län jämfört med genomsnittet för riket under perioden 2013-2017. I Region Jönköpings län har nettokostnaden ökat med 9,6 procent medan den i riket i genomsnitt har ökat med 15,6 procent. Skillnaden är hela 6 procent och om Region Jönköpings läns kostnader hade ökat i samma takt som riket i övrigt hade kostnaden för den somatiska vården varit 270 miljoner högre idag (2017).

Jämfört med samtliga landsting/regioner har Region Jönköpings län gått från en 10:e plats år 2014 till en 4:e plats år 2017 när det gäller lägst nettokostnad per invånare för den specialiserade somatiska vården.



Avvikelse mot budget

Nettokostnadsutvecklingen jämfört med riket och andra landsting visar att Region Jönköping län har haft en långsammare nettokostnadsutveckling än riket i övrig. Även avvikelsen mot budget har haft en positiv utveckling mellan 2014 och 2017 och underskottet har minskat med över 100 miljoner kronor. Däremot ser 2018 ut att bli på samma nivå som 2014. Det är framförallt den köpta specialiserade somatiska vården (riks- och regionsjukvård) som bidrar till försämringen mellan 2017 och 2018.

Tabell: Avvikelse mot budget för den specialiserade somatiska vården, mnkr

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018 (prognos)**
Avvikelse mot budget, miljoner kr	-185,3	-161,6	-96,8	-77,9	-183,3

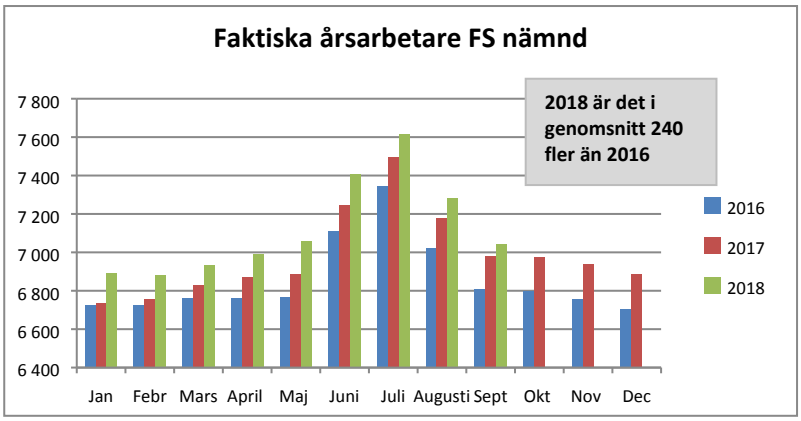
Stora delar av den somatiska vården finns inom verksamhetsområde Medicinsk vård och Kirurgisk vård. Kostnader och intäkter för köpt och såld vård (riks/region med mera) ligger utanför verksamhetsområdenas budgetansvar.

Tabell: Avvikelse mot budget för verksamhetsområde Medicin och Kirurgi, mnkr

	2014	2015	2016	2017	2018 (prognos)
Medicinsk vård, mnkr	Sjukhus-organisation	-147,0	-46,7	-10,0	-15,0
Kirurgisk vård, mnkr	Sjukhus-organisation	-116,4	-78,0	-56,6	-76,0
Summa mnkr		**-263,4**	**-124,5**	**-66,6**	**-91,0**

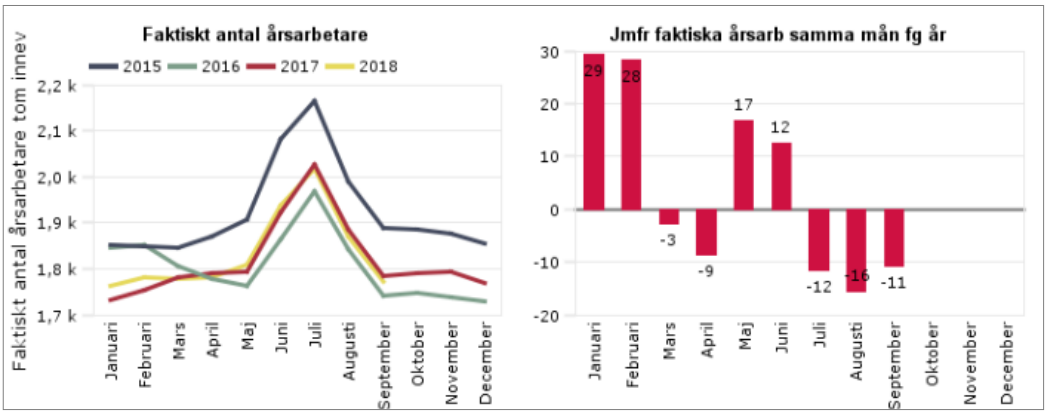
Budgetavvikelsen har minskat kraftig de senaste åren även om det återstår en bit till en ekonomi i balans. Den största förändringen syns inom Medicinsk vård.

Antal årsarbetare



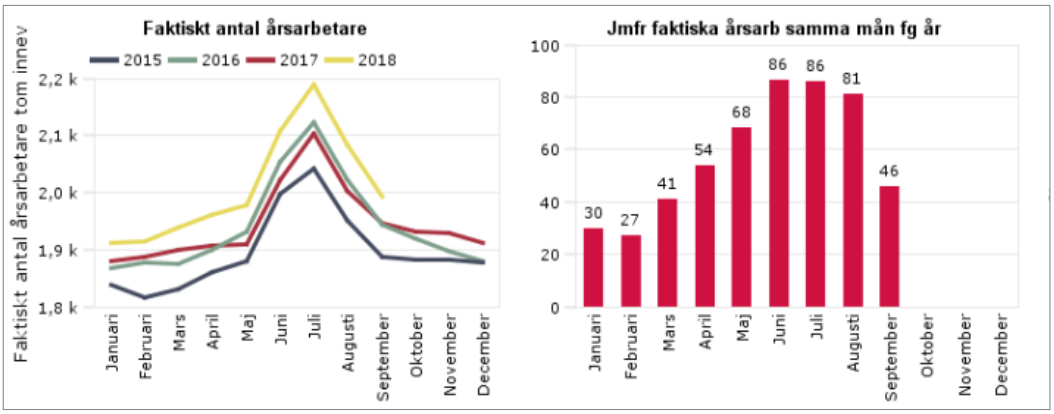
Totalt sett för samtliga verksamheter som lyder under nämnden för folkhälsa och sjukvård har antal årsarbetare ökat se senaste tre åren och är nu i genomsnitt 240 fler än år 2016.

Medicinsk vård



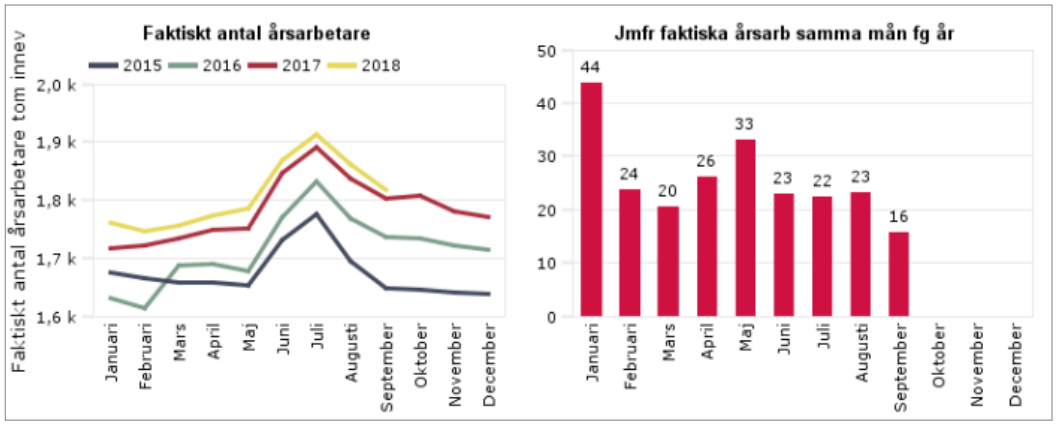
I Medicinsk vård har antalet årsarbetare minskat de tre senaste åren.

Kirurgisk vård



I Kirurgisk vård har antalet årsarbetare ökat de tre senaste åren.

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik



I Psykiatri, rehabilitering och diagnostik har antalet årsarbetare ökat de tre senaste åren.

Arbetad tid

Utveckling av arbetad tid, timmar	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring	Förändring %
Sjuksköterska	1 761 229	1 769 187	1 759 605	1 701 335	1 684 029	-77 201	-4,38%
Undersköterska	1 093 898	1 090 872	1 121 212	1 111 573	1 131 380	37 482	3,43%
Läkare inkl ST	636 385	647 977	678 726	685 200	682 618	46 233	7,26%
Summa arbetade timmar ssk, usk och läkare	3 491 512	3 508 037	3 559 543	3 498 108	3 498 026	6 514	0,19%
Utveckling av öppenvårdsbesök	2013	2014	2015	2016	2017	Förändring	Förändring %
Läkarbesök inom specialiserad somatisk vård (egenproducerade)	336 350	345 393	354 458	354 968	339 586	3 236	0,96%
Övriga besök inom specialiserad somatisk vård (egenproducerad)	259 496	258 025	269 187	286 655	284 236	24 740	9,53%
Vårddagar	240 048	233 778	223 725	208 386	194 676	-45 372	-18,90%

En viss del av den tid som man tidigare hade på vårdavdelning läggs troligen på öppenvård idag. Det finns ingen tidsredovisning som är uppdelad på öppen respektive sluten vård så det är svårt att dra några säkra slutsatser.

Det är svårt att dra någon säker slutsats om arbetsbelastningen är högre eller lägre. Detta är på en totalnivå och bakom finns säkert stora variationer.

Konsekvenser för övrig verksamhet inom organisationen

Verksamhetsstöd och service

Inom område måltidsservice har volymerna gått ner både vad gäller patientportioner och övriga restaurangbesökare (restaurang och övrig volym) sedan år 2016. Minskade antal patientportioner beror på minskade antal vårdplatser och personalstyrkan har reducerats på grund av detta.

Måltidsvolymer **jan-aug** 2016, 2017 & 2018

Patient	**2016**	**2017**	**2018**	**16 -> 18**
Jönköping	212 459	200 666	196 903	
Förändring % år-från-år		-6%	-2%	-7%
Värnamo	84 084	78 023	71 203	
Förändring % år-från-år		-7%	-9%	-15%
Eksjö	90 066	80 689	69 108	
Förändring % år-från-år		-10%	-14%	-23%
Patient total	**386 609**	**359 378**	**337 214**	
Förändring % år-från-år		**-7%**	**-6%**	**-13%**

Restaurang & övrig volym	**2016**	**2017**	**2018**	**16 -> 18**
Jönköping	159 298	138 866	148 051	
Förändring % år-från-år		-13%	7%	-7%
Värnamo	49 056	49 632	45 030	
Förändring % år-från-år		1%	-8%	-8%
Eksjö	21 268	20 476	16 808	
Förändring % år-från-år		-4%	-18%	-21%
Restaurang total	**229 622**	**208 974**	**209 889**	
Förändring % år-från-år		**-9%**	**0%**	**-9%**

Inom område närservice har vårdplatsneddragningarna gett konsekvenser avseende att bemanningen inte kan anpassas i ett tillräckligt tidigt skede. På en vårdavdelning, som alla har sju dagars städning, får två medarbetare mindre att göra. Ett annat städområde och motsvarande tid måste hittas och detta innebär mer administration för både chefer och servicekonsulenter med att hitta lösningar. Arbetsmiljömässigt är det mindre bra för personalen för det kan innebära att de måste arbeta betydligt längre på vardagar för att kompensera den tid som har blivit mindre på helgen. Det kan också innebära att de får gå till ett område som inte ligger i geografisk närhet, vilket kräver att de måste få extra tid för gångtid eller restid.

Personalstyrkan anpassas så snabbt man hittar andra lösningar, men det kan ta allt från ett par veckor till flera månader. För att möjliggöra att kunna anpassa personalstyrkan vid samma tidpunkt som en avdelning drar ner på vårdplatser, måste det finnas en väldigt god framförhållning så att det är möjligt att hitta andra arbetsuppgifter och även dra ner tjänstgöringsgrader för vikarier.

Exempel på åtgärder för bättre arbetsmiljö, kompetens samt koordinering av vårdplatser

Regiongemensamt introduktions- och utvecklingsprogram för nyutbildade sjuksköterskor (RIU)

Programmet förväntas ge positiva synergieffekter när det gäller arbetet med patientsäkerhet, vårdkvalitet och arbetsmiljö samt bidra till att attrahera nyutbildade sjuksköterskor och säkra kompetensförsörjningen.

Genom ett väl planerat och genomfört introduktions- och utvecklingsprogram skapas förutsättningar för nyutbildade sjuksköterskor att växa in i sin yrkesroll. Programmets teoretiska del och färdighetsträning omfattar 20 dagar fördelat på åtta månader. Målet är att stärka sjuksköterskans kliniska färdigheter och skapa trygghet och säkerhet i utövandet av omvårdnadsarbetet genom stöd av mentorer.

Daglig styrning

Sedan flera år tillbaka finns rutinen på respektive sjukhus att ha så kallad daglig styrning varje vardag, på Länssjukhuset Ryhov och Värnamo sjukhus kl 8:30 och på Höglandssjukhuset kl 14:00, där chefsjuksköterska tillsammans med vårdenhetschefer går igenom dagsläget avseende beläggning av vårdplatser, bemanning, eventuella smittor med mera.

Inför sommaren 2018 bestämdes att detta skulle kompletteras med ett dagligt länsövergripande videomöte på vardagar kl 11:45, lett av någon av de tre sjukvårdsdirektörna och med deltagande av bland annat verksamhetschefer, ambulansverksamhet, administration och tjänsteman i beredskap. Vid en utvärdering av mötesforumet ser man att de som deltagit tycker att nyttan med mötet varit stor eller mycket stor.

Diskussion

Utredningens metod har varit att ta tillvara befintliga datakällor och någon särskild inhämtning av data för att belysa frågeställningarna har inte utförts. Det kan ha begränsat möjligheterna att besvara frågeställningarna om vårdplatsneddragningar och personalminskningar i delar av verksamheten haft några konsekvenser vad gäller patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi. Resultaten redovisas också på en övergripande nivå, på enskild klinik- eller enhetsnivå kan således resultaten vara antingen ”bättre” eller ”sämre” än för helheten, och ur arbetsmiljö- och patientsäkerhetsynpunkt kan stora problem förekomma som inte avspeglas i denna rapport.

Sjukvården utvecklas hela tiden, vilket betyder att samtidigt som vårdplatser har minskat har utvecklingen medfört att inneliggande sjukhusvård till del har kunnat ersättas med öppenvård. De tre sjukhusen i Region Jönköpings län har också som en följd av beslut om arbetsfördelning för ökad kvalitet fått ändrade uppdrag under de år utredningen täcker, vilket kan ha betydelse för behovet av vårdplatser och bemanning. Vårdplatsbehovet kan också avspeglas i hur väl man kunnat utveckla sina vårdprocesser. Alla sådana resultatmätningar som finns i denna rapport görs då mot ett rörligt mål, och den bilden har inte kunnat tydliggöras inom ramen för utredningen.

Vårdplatsneddragningen har bidragit till den lägre kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län, men på den nivå av resultatredovisning som denna utredning har gjorts kan ingen säker effekt på patientsäkerhet eller arbetsmiljö påvisas. Eventuella skillnader mellan de tre sjukhusen är svårt att påvisa eller uttala sig om. Även om andel överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är lägre i Region Jönköpings län än i landet i övrigt har de ökat, vilket är ett observandum eftersom det medför risk för vårdskador. Beläggningsgraden har ökat under åren, särskilt på Höglandssjukhuset. Optimal beläggningsgrad är svår att ange, framför allt i jämförelser mellan olika verksamheter, men att i längre perioder ha beläggningsgrad över 90 procent, och ibland stadigvarande upp mot 100procent som man har på vissa kliniker och enheter i länet, medför risker för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Samtidigt har det i denna utvärdering inte kunnat påvisas några patientskador till följd av de vårdplatsneddragningar som gjorts.

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 155 Bidrag till länsorganisationer med folkhälsomål i Jönköpings län 2019

Diarienummer: RJL2018/801

Beslut
Nämnden föreslås

- Godkänna föreliggande förslag till fördelning av bidrag för år 2019.

Sammanfattning
Det har i budget för 2019 års bidragsgivning avsatts 20 942 990 kronor inom folkhälsoområdet. Till området hör bidragsgivning till idrottsrörelsen, folkhälsoorganisationer, trafiksäkerhetsförbund, nykterhetsorganisationer samt projektbidrag.

Bidrag inom folkhälsoområdet syftar enligt policy och riktlinjer till att stimulera föreningar att arbeta mot gemensamma nationella mål. De nationella folkhälsomålen utgör därmed en grund för fördelningsförslaget.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-11-20

Yrkanden/förslag vid sammanträdet
Vid behov lämnas information vid nämndens sammanträde.

Beslut skickas till
Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Region Jönköpings län

PROTOKOLL
UTDRAG

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 153-163

Tid: 2018-11-28, kl 08:00-09:05

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Folkhälsa och sjukvård

Bidrag inom folkhälsoområdet 2019

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande förslag till fördelning av bidrag för år 2019.

Sammanfattning

Det har i budget för 2019 års bidragsgivning avsatts 20 942 990 kronor inom folkhälsoområdet. Till området hör bidragsgivning till idrottsrörelsen, folkhälsoorganisationer, trafiksäkerhetsförbund, nykterhetsorganisationer samt projektbidrag.

Bidrag inom folkhälsoområdet syftar enligt policy och riktlinjer till att stimulera föreningar att arbeta mot gemensamma nationella mål. De nationella folkhälsomålen utgör därmed en grund för fördelningsförslaget.

Information i ärendet

Bidrag kan ansökas av föreningar som har en verksamhet som omfattar större delen av Jönköpings län. Verksamhetsbidragets storlek bedöms utifrån resultatet av föregående års verksamhet och den verksamhetsplan man har för det år man söker bidraget. Hänsyn tas till organisationens ekonomi och förmåga att själv stå för sina kostnader. Följande bidragsformer är fastställda enligt policy och riktlinjer för bidragsgivning:

- *organisationsbidrag* – för att Region Jönköpings län anser det viktigt att organisationen finns och bidrar till samhällsutvecklingen
- *verksamhetsbidrag* – bidrag lämnas för kontinuerlig verksamhet som beskrivs i verksamhetsplaner.
- *projektbidrag/utvecklingsbidrag* – tidsbegränsade bidrag för viss verksamhet.

Översikt för bidrag till länsorganisationer med folkhälsomål år 2019

Summa som avsätts för bidrag till organisationer och föreningar som verkar för folkhälsoarbete, funktionshinder, idrott och nykterhetsfrämjande verksamhet samt projekt år 2019: 20 942 990 kronor.

Bidragets syfte

Organisationer med mål att skapa förutsättningar för en god hälsa kan söka bidrag av Region Jönköpings län. Utgångspunkten ska vara de övergripande nationella målområdena för folkhälsa. Bidrag kan ansökas av föreningar som har en verksamhet som omfattar större delen av Jönköpings län. Bidraget ges för att stimulera föreningar och organisationer att arbeta för att:

- Främja samarbete och verka för att uppnå en helhetssyn med alla aktörer inom folkhälsoarbetet.
- Arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för att skapa likvärdiga förutsättningar för allas hälsa i länet.
- Särskilt rikta insatserna mot grupper som är mest utsatta för hälsorisker.
- Ta initiativ till utbildnings-, forsknings- och utvecklingsinsatser inom folkhälsoområdet.
- Vidareförmedla forsknings- och utvecklingsresultat så att de bidrar till en långsiktig och hållbar utveckling.
- Ta tillvara och sprida erfarenheter från lokalt, regionalt nationellt och internationellt folkhälsoarbete.

Folkhälsoarbete

Verksamhetsbidragets storlek beror på verksamhetens omfattning som beskrivs i verksamhetsplanen och ska omfatta större delen av länet.

Bedömning för varje förening görs utifrån hur organisationen;

- samverkar med Region Jönköpings län och andra aktörer
- har förmågan att engagera ideella krafter i organisationens arbete och öka antalet medlemmar eller deltagare vid aktiviteter
- arbetar för organisationens utveckling i syfte att skapa likvärdiga förutsättningar för allas hälsa i länet
- arbetar ur ett mångfaldsperspektiv
- kompletterar Region Jönköpings läns folkhälso- och sjukvårdsarbete
- bedriver informationsinsatser eller kunskapsspridning

Område	Organisation	Beslut 2018	Sökt 2019	Beslut 2019	Anteckning
Folkhälso-arbete	Bris region väst	75 000	125 000	75 000	
Folkhälso-arbete	Brottsofferjouren i Jönköpings län	325 000	350 000	325 000	
Folkhälso-arbete	Frilufts-främjandet Region Öst	325 000	400 000	350 000	
Folkhälso-arbete	Föreningen KulturSjukhuset	325 000	495 000	350 000	
Folkhälso-arbete	Föreningen Noaks Ark Småland&Halland	280 000	280 000	280 000	
Folkhälso-arbete	Hela Människan i Jönköpings län	225 000	225 000	225 000	
Folkhälso-arbete	Internationella vänner		25 000	-	**Avslag**. Beviljas projektmedel
Folkhälso-arbete	Jönköpings Regionförbund av SLS	75 000	90 000	75 000	
Folkhälso-arbete	Länsförbundet för kvinno-, tjej- och ungdoms-jourer	80 000	180 000	80 000	Fortbildning för personal
Folkhälso-arbete	Patient-föreningen BB-Marschen Region Jönköpings län	Ny förening	10 500	10 000	Verka i Region Jönköping och föra födande och anhörigas talan om vård i samband med förlossning. Skapa forum med regionen för en långsiktig samverkan i frågan.
Folkhälso-arbete	RFHL Jönköpings län	630 000	810 000	650 000	Ansökan om högre belopp än tidigare år pga. pensionsavgång och önskan om period med dubbel bemanning.
Folkhälso-arbete	Självhjälpshuset Vi-Kraft	60 000	235 000	-	**Avslag**. Uppföljning av verksamhetsår 2018. Verkar i Jönköping inte länsövergripande.

Folkhälso-arbete	SPES kretsen i Region Jönköpings län	50 000	65 000	50 000	
Folkhälso-arbete	Svenska Röda Korset	350 000	350 000	350 000	
Folkhälso-arbete	Sveriges Motorcyklister Jönköpings län	60 000	90 000	60 000	
Folkhälso-arbete	Vårsols Familjecenter	1 320 000	1 800 000	1 360 000	
Summa	**16st.**	**4 180 000**	**5 530 500**	**4 240 000**	

Funktionshinder

Bidrag kan utgå till organisation som är verksam i länet som länsorganisation. Riksorganisationen ska vara godkänd av Socialstyrelsen och få statsbidrag. I övrigt bör följande kriterier vara uppfyllda:

- vara partipolitiskt och religiöst obunden
- medlemmar har erfarenhet av eget funktionshinder eller företräder personer med funktionshinder
- medlemstäckning i minst fem kommuner i länet med geografisk spridning

Område	Organisation	Beslut 2018	Sökt 2019	Beslut 2019	Anteckning
Funktions-hinder	Afasiföreningen i Jönköpings län	60 000	60 000	60 000	
Funktions-hinder	Astma-allergiföreningen i Jönköpings län	70 000	70 000	70 000	
Funktions-hinder	Autism- och Asperger-föreningen Jönköpings län	150 000	150 000	150 000	
Funktions-hinder	Blodcancer-föreningen i Sydöstra Sjukvårds-regionen	19 000	19 000	19 000	
Funktions-hinder	Bröstcancer-föreningen Jönköpings län	130 000	130 000	130 000	
Funktions-hinder	Celiakiföreningen i Jönköpings län	50 000	60 000	55 000	
Funktions-hinder	DHB Västra	70 000	80 000	70 000	

Funktions-hinder	DHR Jönköpings länsdistrikt	90 000	140 000	90 000	Medlemstapp och vilande lokalförening
Funktions-hinder	Elöverkänsligas förening Jönköpings län	50 000	60 000	55 000	
Funktions-hinder	Epilepsi-föreningen i Jönköpings län	80 000	90 000	85 000	
Funktions-hinder	Funktionsrätt Jönköpings län	1 200 000	1 250 000	1 200 000	
Funktions-hinder	Föreningen Sveriges DövBlinda (FSDB) Jönköping	30 000	30 000	30 000	
Funktions-hinder	Hjärtebarns-föreningen Jönköping	50 000	75 000	70 000	
Funktions-hinder	Hörselskadades distrikt i Jönköpings län	130 000	140 000	130 000	
Funktions-hinder	IFS Regionförening Jönköpings län	60 000	75 000	65 000	
Funktions-hinder	ILCO Jönköpings länsförening	45 000	53 000	50 000	
Funktions-hinder	Jönköpings läns Dövas och Teckenspråkigas Förbund	170 000	440 000	170 000	Ansökan avser bl.a. samordnartjänst
Funktions-hinder	Jönköpings läns diabetesförening	65 000	95 000	70 000	
Funktions-hinder	Länsförbundet FUB i Jönköpings län	580 000	700 000	580 000	Inkluderar sommarverksamhet Tallgården
Funktions-hinder	Länsföreningen HjärtLung Jönköping	65 000	75 000	70 000	
Funktions-hinder	Neuro Jönköpings län	80 000	125 000	120 000	Ökat antal undergrupper och medlemmar
Funktions-hinder	Njurförbundet Småland	80 000	90 000	85 000	
Funktions-hinder	Osteoporotikerna Jönköpings län	15 000	40 000	30 000	
Funktions-hinder	Parkinson Jönköpings län	85 000	90 000	90 000	

Funktions-hinder	Patient-föreningen Lymf Region Jönköping		28 700	25 000	Nybildad länsförening
Funktions-hinder	Personskade-förbundet RTP Jönköpings län	60 000	60 000	60 000	
Funktions-hinder	PIO Småland	25 000	25 000	25 000	
Funktions-hinder	ProLiv i Jönköpings län	60 000	70 000	65 000	
Funktions-hinder	Psoriasis-förbundet Jönköpings länsavdelning	155 000	200 000	165 000	Inkl. drift av solarier i länet
Funktions-hinder	RBU i Jönköpings län	50 000	50 000	50 000	
Funktions-hinder	Reumatiker-distriktet Jönköpings län	160 000	160 000	160 000	
Funktions-hinder	RfCf i Jönköpings län	20 000	20 000	20 000	
Funktions-hinder	RSMH Jönköpings län	140 000	160 000	140 000	
Funktions-hinder	Smålands stamnings-förening	24 000	24 000	24 000	
Funktions-hinder	SRF Jönköpings län	220 000	230 000	220 000	
Funktions-hinder	Stroke länsföreningen Jönköping	80 000	176 000	70 000	Tappar medlemmar och lokalförening
Funktions-hinder	Sydöstra Mun & Halscancerfören.	25 000	30 000	25 000	
Funktions-hinder	Tandvårdsskade-förbundet i Jönköpings län	70 000	60 000	60 000	
Funktions-hinder	Unga med synnedsättning syd	45 000	60 000	50 000	
Funktions-hinder	Unga Reumatiker i Jönköpings län	45 000	60 000	50 000	
Summa	**40st**	**4 603 000**	**5 550 700**	**4 753 000**	

Idrottsrörelsen

Bidrag kan utgå till inom länet verksamma distrikts- och specialförbund anslutna till Sveriges Riksidrottsförbund. Bidrag till idrottsrörelsens studieförbund och utbildningsorganisation (SISU idrottsutbildarna) utbetalas ur denna ram.

Bidraget ska i enlighet med träffad överenskommelse mellan Smålandslänen (2012) användas för den regionala verksamheten i Jönköpings län.

Prioriterade områden, utöver de i överenskommelsen angivna är

- arbete för idrottsföreningarnas medverkan i FaR (fysisk aktivitet på recept)
- arbete för ökad delaktighet av personer med annan etnicitet
- tillgänglighet och användbarhet för människor med psykiska och/eller fysiska funktionshinder

Område	Organisation	Beslut 2018	Sökt 2019	Beslut 2019	Anteckning
Idrottsrörelse	Smålands idrottsförbund	4 878 000	5 025 000	5 025 000	Årlig uppräkning. 2019 3%
Idrottsrörelse	Smålands idrottsförbund SISU idrottutbildarna	3 377 000	3 480 000	3 480 000	Årlig uppräkning: 2019 3%
Summa	**2st**	**8 255 000**	**8 505 000**	**8 505 000**	

Nykterhetsfrämjande arbete

Bidrag kan utgå till organisationer som har en verksamhet som omfattar större delen av Jönköpings län. Organisationer som vänder sig till ungdomar och där ungdomar själva är delaktiga prioriteras inom nykterhetsfrämjande verksamhet

Område	Organisation	Beslut 2018	Sökt 2019	Beslut 2019	Anteckning
Nykterhets främjande	IOGT-NTO Jönköpings Distrikt	230 000	467 000	250 000	Målgrupp är vuxna som möter barn eller arbetar med barn och ungdomar på olika sätt, samt barnens föräldrar med olika insatser. Anordnar årligen Vit Jul och Folknykterhetens vecka, seminarier
Nykterhets främjande	IOGT-NTOs Juniorförbund Jönköping	300 000	250 000	250 000	Målgrupp är vuxna som möter barn eller arbetar med barn och ungdomar på olika

					sätt, samt barnens föräldrar med olika insatser. Anordnar årligen Vit Jul, Folknykterhetens vecka och seminarier. Likställs med liknande ungdomsförbund
Nykterhets-fränjande	Jönköpings läns brukarråds-förening (JLB)	100 000	300 000	100 000	Utbildningsinsatser och möjlighet till mötesplats för utbildade brukarrevisorer
Nykterhets-fränjande	Jönköpings Läns Nykterhets-förbund	575 000	640 000	550 000	Medel för länskonsulent som samordnar aktiviteter som seminarier. Marknadsföring
Nykterhets-fränjande	NTF Jönköpings län	700 000	770 000	700 000	Årlig återkommande dialog med föreningen. Sammanhållande kraft för medlemsorganisationer och nätverk. Opinionsbildande. Trafiksäkerhetsfrågor
Nykterhets-fränjande	Pingst-församlingen i Jönköping	180 000	200 000	180 000	LP-kontakt, uppsökande/stödjande verksamhet, besök på häkten, anstalter och gruppboende. Kvinna anställd med speciell inriktning mot kvinnor.
Nykterhets-fränjande	Smålands frisksportsdistrikt	275 000	300 000	275 000	Aktivitet för barn och vuxna. Natur, miljö och verkar för nykterhet och drogfrihet. Ledarutbildningar

Nykterhets-fränjande	Ungdomens Nykterhets-förbund Jönköping	300 000	500 000	250 000	Drogfria miljöer, demokrati. Arrangerar drogfria tillställningar, utbildning och fortbildning av ledare. Start av podcast med inriktning alkoholpolitik. Bidrag likställs med liknande ungdomsverksamhet
Summa	**8st.**	**2 660 000**	**3 427 000**	**2 555 000**	

Projektbidrag

För att beviljas bidrag ska projektet innehålla något av nytänkande eller vara ett samarbete med olika aktörer, kommuner, föreningsliv eller studiedistrikt. Projekt förlagda till viss kommun måste alltid ske i nära samarbete med kommunala aktörer.

Område	Organisation	Beslut 2018	Sökt 2019	Beslut 2019	Anteckning
Projekt-bidrag, *RJL 2018/2268*	SPF Seniorerna Jönköpings-distriktet		75 000	-	Bryta ensamhet hos äldre. **Avslag**: projektet kan ses som en del i projektansökan som avser utbildning av s.k. hälsoombud (RJL 2018/2265)
Projekt-bidrag, *RJL 2018/2232*	Husqvarna Fotbollsförening		95 000	95 000	FFA - fotboll för alla - vidareutveckling (3 år). HFF driver sedan 12 år träningsverksamhet för ett 80-tal deltagare med funktions-nedsättningar. Vill bredda och utveckla verksamheten genom samarbete med närliggande aktör (aktivitetshus Smedbyn) för att inkl. kultur och annan fritidsverksamhet.

Projekt-bidrag, *RJL 2018/2265*	SPF Seniorerna Jönköpings-distriktet	312 642	280 000	Hälsoombud i alla lokalföreningar som genom utbildning och inspiration påverkar pensionärers hälsa. Omfattar samtliga pensionärsföreningar i länet.
Projekt-bidrag, *RJL 2018/2266*	Frälsningsarmén	350 000	-	Solrosmodellen. Stöd till barn och närstående som har eller har haft en frihetsberövad förälder/anhörig samt att stärka de frihetsberövade föräldrarna/anhöriga i sin föräldraroll. Vårsol har ansökt om bidrag till verksamheten (RJL 2018/801). Medel till eventuella projekt inkluderas i verksamhetsbidraget. **Avslag**
Projekt-bidrag, *RJL 2018/2270*	NTF Jönköpings län	171 950	140 000	Ta tillbaka ratten. Projektet avser samverkan med körskola och riktad utbildning till kvinnor som inte kört bil under längre tid trots körkortsinnehav. När livssituation ändras kan bil vara ett viktigt redskap att bryta isolering.
Projekt-bidrag, *RJL 2018/2275*	Internationella vänner	160 000	100 300	Mötesplatser och kontaktnät för människor med olika kulturell bakgrund, familjer och enskilda personer. Nätverk för organisationer.
Projekt-bidrag, *RJL 2018/2282*	Teater Tabberas	94 640	94 640	Teaterverksamhet som huvudsakligen är inriktad mot barn. Vill utveckla verksamheten att möta andra målgrupper, i detta fall personer bosatta i demensboende.

Projekt-bidrag, *RJL 2018/2867*	Smålands blåbanddistrikt och ungdom		206 000	180 000	E-sport och hälsa (3 år). Projektet avser att utveckla metod för att jobba förebyggande hos dataspelande ungdom med hjälp av folkbildning.
Summa	**8st.**	**-**	**1 465 232**	**889 940**	

Totalt:

Område	Organisation	Beslut 2018	Sökt 2019	Beslut 2019	Anteckning
Summa	**74st.**	**19 698 000**	**24 478 432**	**20 942 940**	

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-11-20

Beslut skickas till

Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör