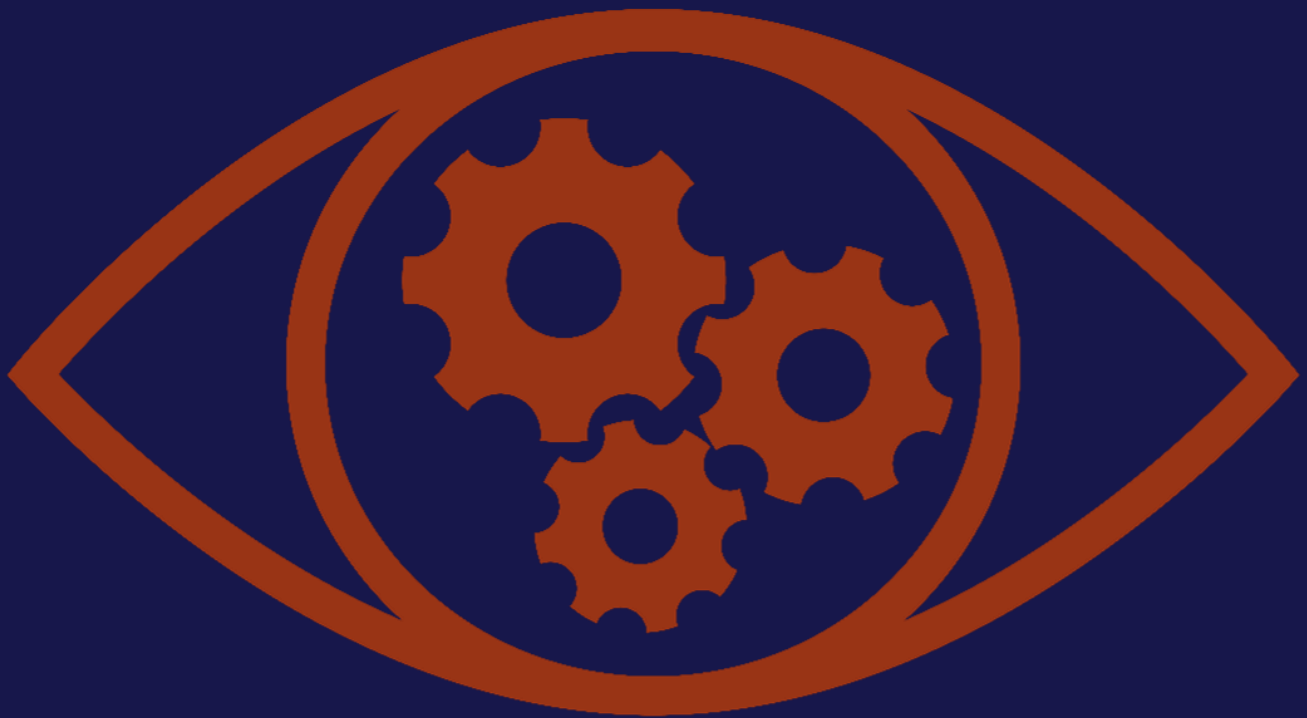


Med blicken på kapacitet – enkätundersökning riktad till ögonkliniker i Sverige

Katarina Gralén, Sara Olofsson, Ida Haggren,
Marcela Urey Adamsson, Peter Lindgren





Författare:

Gralén Katarina, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Olofsson Sara, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Urey Adamsson Marcela, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Haggren Ida, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Lindgren Peter, IHE, Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Stockholm

Citera rapporten som:

Gralén K, Olofsson S, Haggren I, Urey Adamsson M, Lindgren P. Med blicken på kapacitet - enkätundersökning riktad till ögonkliniker i Sverige. IHE RAPPORT 2025:6, IHE: Lund

Rapporten har finansierats av Roche AB och författarna själva ansvarar för studiens design, genomförande och slutsatser.

IHE RAPPORT 2025:6
e-ISSN:1651-8179
ISSN:1651-7598

© IHE- Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida (www.ihe.se)

Förord

Medicinska framsteg inom ögonsjukvården har möjliggjort behandling av ögonsjukdomar som tidigare inte var behandlingsbara. Detta är en stor framgång, men det innebär samtidigt ett ökat vårdbehov då ögonsjukvården behöver ta emot fler patienter och genomföra fler behandlingar. Eftersom sjukvårdens resurser är begränsade avseende exempelvis personal och lokaler så uppstår utmaningar kring ögonsjukvårdens kapacitet.

Denna rapport beskriver kapaciteten inom svensk ögonsjukvård och hur den förväntas utvecklas under de kommande fem åren. Rapporten beskriver även behandlingsbördan vid intravitrealinjektioner för patienter och deras närstående.

IHE vill rikta ett stort tack till alla verksamhetschefer som medverkat i studien och tagit sig tid till att besvara enkäterna.

Studien har finansierats av Roche AB. Författarna själva ansvarar för studiens design, genomförande och slutsatser.

Lund, juni 2025

Peter Lindgren
Verkställande direktör, IHE

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	6
Summary	8
1 Introduktion	10
1.1 Syfte	12
2 Bakgrund	13
2.1 Kapacitet inom hälso- och sjukvården	13
2.2 Kapacitet ur ett ekonomiskt perspektiv	14
2.3 Ögonsjukvården	17
2.3.1 Prioritering mellan patientgrupper	18
2.3.2 Vårdregi, konkurrensutsättning samt ersättningsmodeller	18
3 Metod	19
4 Resultat	20
4.1 Medverkande kliniker	20
4.2 Resurser och åtgärder	20
4.2.1 Det finns en brist på läkare som kopplas till rekryteringsproblem	20
4.2.2 Effektivisering har skett genom uppgiftsväxling och nya arbetsprocesser	23
4.2.3 Det finns en brist på rum som delvis hanterats genom ombyggnad och skapande av injektionsrum	27
4.2.4 Möjlighet till att frigöra ytterligare resurser	28
4.3 Produktion och åtgärder	29
4.3.1 Antalet besök bedöms fortsätta öka, men i minskad takt	29
4.3.2 Stor spridning i andel besök till följd av medicinsk retina	30
4.3.3 Kapacitetsbrister hanteras genom att skicka vidare patienter och längre väntetider	32
4.3.4 Negativa konsekvenser av kapacitetsbrist anges oftare av kliniker i offentlig regi	33
4.4 Stöd och styrning	35
4.4.1 IT-system tycks ha vissa problem, medan kvalitetsregister uppfattas mer positivt	35
4.4.2 Upplevelser kring stöd och styrning	36
4.4.3 Ersättningssystemet upplevs påverka privat kapacitet negativt	37

4.5 Patient och vårdbehov samt patient- och närståendebörda.....	39
5. Diskussion	41
Referenser.....	46
Bilaga 1: Studieupplägg	48
Bilaga 2: Figurer	49
Bilaga 3: Enkät 1	52
Bilaga 4: Enkät 2	64

Sammanfattning

Under de senaste åren har nya behandlingar introducerats inom ögonsjukvården som innebär att fler ögonsjukdomar kan behandlas, framför allt intravitreal injektioner inom patientgruppen med medicinsk retina. Ett exempel på en sådan ögonsjukdom är våt, åldersrelaterad makuladegeneration (AMD) som drabbar många äldre personer. Denna typ av sjukdomar är högt prioriterade eftersom de har en hög svårighetsgrad. En utmaning för ögonsjukvården är att de nya behandlingarna är resursintensiva eftersom de ska ges vid flera tillfällen per år till en stor och växande patientpopulation. Detta sätter krav på en högre kapacitet inom ögonsjukvården.

Syftet med denna rapport är att undersöka kapacitetssituationen inom ögonsjukvården med en enkätundersökning riktad till verksamhetschefer vid ögonkliniker i Sverige. Enkäten besvarades av verksamhetschefer (eller motsvarande) för 18 av 47 kliniker i en första enkät med bredare frågor och av 16 av 47 kliniker i en uppföljande, fördjupande enkät. Kliniker i både offentlig och privat regi deltog. Samtliga sjukvårdsregioner var representerade, liksom kliniker av olika storlek.

Resultatet visar att:

- De flesta kliniker bedömer att antalet besök kommer fortsätta öka under de kommande fem åren, men i mindre takt än tidigare. För gruppen medicinsk retina bedömer hälften av klinikerna att antalet besök kommer öka med cirka 20 procent medan resterande kliniker gör bedömning att det rör sig om en betydligt större ökning. Andelen besök som avser patienter med medicinsk retina i dagsläget varierar stort mellan kliniker, från cirka 15 procent till cirka 60 procent.
- Nästan samtliga kliniker har brist på läkare/specialistläkare och denna brist beror till stor del på problem med rekrytering. Detta har delvis hanterats genom olika former av effektivisering, till exempel genom att låta sjuksköterskor ge injektioner och genomföra kontrollbesök samt genom att införa digital bedömning av läkare. En majoritet av klinikerna bedömer att det går att effektivisera mer på personalsidan under de kommande fem åren.
- Nästan samtliga kliniker har brist på lokaler. Ett sätt att hantera detta har varit att inrätta injektionsrum, ett rum med mindre striktare regler än en operationssal. En majoritet av klinikerna bedömer att det inte är möjligt att effektivisera mer på lokalsidan under de kommande fem åren.
- Förutom effektivisering på personalsidan och lokalsidan, nämns möjligheten till effektivisering via teknologisk och medicinsk utveckling. Det kan ske exempelvis genom att använda digitalisering och artificiell intelligens (AI) som stöd vid bedömning och administration, samt genom längre behandlingsintervall eller annan administrationsform som till exempel ögondroppar. Längre behandlingsintervall skulle även kunna minska patientbördan då en klar majoritet bedömer att dessa har en stor negativ inverkan på patienternas livskvalitet.
- Trots effektivisering rapporterar en majoritet av klinikerna att de ser ett glapp mellan kapacitet och vårdbehov som innebär en potentiell förlust av hälsa. Till exempel anger en majoritet att de bedömer att det finns patienter idag (framför allt patienter med glaukom) som inte får den vård de behöver och att patienternas sjukdomsutveckling riskerar att påverkas negativt givet kapaciteten på kliniken. Under de kommande fem åren bedömer en majoritet det som sannolikt att vissa patientgrupper måste nedprioriteras och att väntetiderna kommer öka.
- En vanlig strategi för att hantera kapacitetsbegränsningar är att skicka vidare patienter för vård på annat ställe och behovet av detta bedöms öka under de kommande fem åren. Denna strategi används dock enbart av kliniker i offentlig regi, som ser fördelar med detta för den enskilda kliniken. För ögonsjukvården i stort är

synen mer splittrad, där en del kliniker ser en positiv effekt av att kunna skicka vidare patienter medan andra ser en negativ effekt.

- Flera resultat tyder på att kapacitetsbristen är större bland kliniker i offentlig regi jämfört med kliniker i privat regi. Exempelvis är det bara kliniker i offentlig regi som anger att de behöver skicka vidare patienter för vård på annat ställe och en större andel bland dessa kliniker bedömer att patienter får mindre vård än vad de behöver.
- Omkring hälften av klinikerna anser att de inte får rätt förutsättningar utifrån de ramar som sätts av regionen. Ersättningssystemet anses ha en viktig påverkan på kapacitetsnivån, och det råder skilda uppfattningar mellan klinikerna kring om den egna regionens ersättningssystemet har en positiv eller negativ effekt på kapaciteten.

Sammanfattningsvis visar denna studie att det finns tydliga indikationer på att kapaciteten inom ögonsjukvården är otillräcklig för att möta vårdbehovet och att detta får konsekvenser i produktionen. Vilka konsekvenser som uppstår och hur stora konsekvenserna blir beror på flera faktorer, framför allt klinikens tillgängliga resurser, möjligheten att skicka vidare patienter, och möjligheten att effektivisera, se tabell nedan. Studien pekar dock på att kapacitetsbegränsningen med stor sannolikhet leder till en förlust av hälsa hos patienter som inte kan få vård i tid och/eller i tillräcklig utsträckning. Detta innebär att användning av ögonsjukvårdens resurser har en högre alternativkostnad än vad som framgår av deras priser (löner, materialkostnad). Detta behöver beaktas för en effektiv resursallokering inom ögonsjukvården. Detta är också i linje med rekommendationerna från HTA (Health Technology Assessment) myndigheterna i flera länder som påtalar behovet av att väga in kapacitetssituationen i den hälsoekonomiska analysen.

Sammanfattning av alternativkostnaden av olika sätt att hantera ett ökat vårdbehov inom ögonsjukvården

	Exempel	Begränsning	Kostnad
 Tillföra resurser/ Öka "utbudet"	Fler kliniker Mer personal Ombyggnation	Personal utbildas inte i tillräcklig utsträckning Lokal kan inte byggas om Pengar används inte där de ger mest nytta	Lokalkostnad Personalkostnad Risk för minskad hälsa inom andra områden
 Öka produktion med tillgängliga resurser	Uppgiftsväxling Injektionsrum Injektionsdagar	Personal tillgänglig och villig (arbetsmiljö) Lokaler möjliga att bygga om Patientsäkerheten	Utbildningskostnad Ombyggnadskostnad Risk för minskad hälsa
 Begränsa produktion/ Minska "efterfrågan"	Ökade väntetider Skickar vidare patienter till andra kliniker	Vårdgaranti Vårdbehov Patientsäkerheten	Reskostnader Assistanskostnader Risk för minskad hälsa

Summary

In recent years, new treatments have been introduced in eye care that mean that more eye diseases can be treated, especially intravitreal injections within the patient group with medical retina. An example of such an eye disease is wet, age-related macular degeneration (AMD), which affects many older people. This type of disease is a high priority because it has a high degree of severity. A challenge for eye care is that the new treatments are resource-intensive because they must be administered multiple times per year to a large and growing patient population.

This places demands on higher capacity in eye care. The purpose of this report is to investigate the capacity situation in eye care with a survey aimed at managers of operations at eye clinics in Sweden. The survey was answered by managers of operations (or equivalent) for 18 of 47 clinics in an initial survey with broader questions and by 16 of 47 clinics in a follow-up, in-depth survey. Clinics from both public and private sectors participated. All healthcare regions were represented, as were clinics of different sizes.

The results show that:

- Most clinics estimate that the number of visits will continue to increase over the next five years, but at a slower rate than before. For the medical retina group, half of the clinics estimate that the number of visits will increase by approximately 20 percent, while the remaining clinics estimate that it will be a significantly larger increase. The proportion of visits that concern patients with medical retina currently varies greatly between clinics, from approximately 15 percent to approximately 60 percent.
- Almost all clinics have a shortage of doctors/specialists, and this shortage is largely due to recruitment problems. This has been partly addressed through various forms of efficiency improvements, for example by having nurses give injections and carry out check-ups and by introducing digital assessment by doctors. A majority of clinics believe that it is possible to make more efficiency improvements on the personnel side over the next five years.
- Almost all clinics have a shortage of premises. One way to address this has been to set up injection rooms, a room with less strict rules than an operating room. A majority of clinics assess that it is not possible to further streamline the premises over the next five years.
- In addition to streamlining personnel and premises, the possibility of streamlining is mentioned through technological and medical development. This can happen for example, by using digitalization and artificial intelligence (AI) as support for assessment and administration, and through longer treatment intervals or other forms of administration such as eye drops. Longer treatment intervals could also reduce patient burden, as a clear majority assess that these have a major negative impact on patients' quality of life.
- Despite streamlining, a majority of clinics report that they see a gap between capacity and care needs, which means a potential loss of health. For example, a majority state that they assess that there are patients today (especially patients with glaucoma) who are not receiving the care they need and that the patients' disease progression risks being negatively affected given the capacity at the clinic. Over the next five years, a majority assess it as likely that certain patient groups will have to be downgraded and that waiting times will increase.
- A common strategy for dealing with capacity constraints is to refer patients for care elsewhere, and the need for this is expected to increase over the next five years. However, this strategy is only used by public clinics, which see advantages for the individual clinic. For eye care in general, the view is more divided, with some clinics

seeing a positive effect of being able to refer patients while others see a negative effect.

- Several results indicate that the capacity shortage is greater among public clinics compared to private clinics. For example, only public clinics indicate that they need to refer patients for care elsewhere, and a larger proportion of these clinics assess that patients receive less care than they need.
- Around half of the clinics believe that they do not get the right conditions based on the framework set by the region. The reimbursement system is considered to have an important impact on the capacity level, and there are different opinions between the clinics about whether the reimbursement system in their region has a positive or negative effect on capacity.

In summary, this study shows that there are clear indications that the capacity in eye care is insufficient to meet the need for care and that this has consequences in production. Which consequences arise and how large the consequences will be, depend on several factors, especially the clinic's available resources, the possibility of referring patients on, and the possibility of streamlining, see the table below. However, the study points out that the capacity limitation will most likely lead to a loss of health in patients who cannot receive care on time and/or to a sufficient extent. This means that the use of eye care resources has a higher opportunity cost than is evident from their prices (wages, cost of material). This needs to be taken into account for an efficient allocation of resources in eye care. This is also in line with the recommendations from the HTA (Health Technology Assessment) authorities in several countries that point out the need to consider the capacity situation in the health economic analysis.

Summary of the opportunity cost of different ways to manage an increased need for eye care

	Example	Limitation	Cost
 Add resources/ Increase "supply"	More clinics More personnel Renovation	Personnel are not trained sufficiently Premises cannot be rebuilt Money is not spent where it provides the most benefit	Premises cost Personnel cost Risk of reduced health in other areas
 Increase production with available resources	Task shifting Injection room Injection days	Personnel available and willing (work environment) Premises possible to rebuild Patient safety	Education cost Remodeling cost Risk of reduced health
 Limit production/ Reduce "demand"	Increased waiting times Referring patients to other clinics	Care Guarantee Care Needs Patient Safety	Travel costs Assistance costs Risk of reduced health

1 Introduktion

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, vilket beskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1). Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Ögonsjukvården har genomgått en medicinsk utveckling som tillåter att sjukdomar som tidigare inte kunde behandlas nu går att behandla. En konsekvens av det är att fler individer kan komma i fråga att bli patienter inom ögonsjukvården än tidigare, eftersom det tidigare var brist på behandlingsmöjligheter för denna grupp.

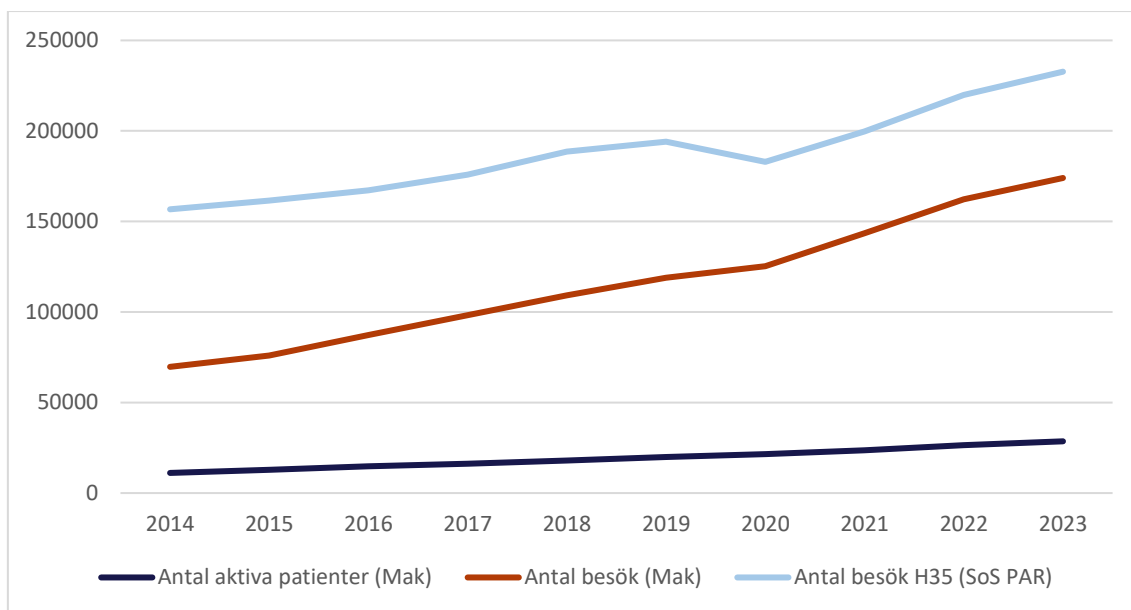
Dessa nya behandlingsmetoder skapar utmaningar för vården eftersom dessa patienter behöver kontinuerlig uppföljning och behandling. Parallellt behöver ögonsjukvården fortsätta vara tillgänglig för patienter som behandlas med existerande (äldre) behandlingsmetoder. Fördröjd vård av ögonsjukdomar kan i värsta fall leda till irreversibel synnedsättning hos patienterna (2).

Antalet patienter och besök inom ögonsjukvården har ökat vilket framgår av data från både Socialstyrelsen och Svenska Makularegistret, se Figur 1. Antalet *aktiva patienter* som registrerats i Svenska Makularegistret har ökat med 157 procent, från 11 117 till 28 583 patienter mellan år 2014 och 2023 (3). Samtidigt har antalet *besök* ökat med 150 procent, från 69 715 till 174 023 besök. I Svenska Makularegistret årsrapport förklaras ökningen över tid av ett ständigt inflöde av nya patienter samtidigt som uppföljande besök och behandlingar krävs för patienter med pågående behandling (3).

Antalet enheter/kliniker som är anslutna till Svenska Makularegistret har ökat från 39 enheter år 2014 till 58 enheter år 2023. En del enheter har dock endast ett fåtal registrerade besök eller är nystartade enheter (3). Det finns stor spridning mellan kliniker avseende antalet aktiva patienter, det vill säga klinikens storlek.

Ökningen i Svenska Makularegistret kan jämföras med data för bredare sjukdomsgrupper hämtad från Socialstyrelsens patientregister för besök inom specialiserad öppen vård. Antalet besök för gruppen "Andra sjukliga förändringar i ögat" (diagnoskod H35) där bland annat åldersrelaterad makuladegeneration (AMD¹) ingår, har ökat med 48 procent, från 156 725 till 232 731 besök mellan åren 2014 och 2023 (4), se Figur 1. Samtidigt ökade besök för den något bredare gruppen "Sjukdomar i ögat och närliggande organ" (diagnoskoder H00-H59) med 19 procent, från 1,0 till 1,2 miljoner besök. Socialstyrelsens data visar att antalet besök inom ögonsjukvården har ökat mer än den specialiserade öppenvården i stort. Antalet besök totalt, det vill säga besök för samtliga diagnoser inom hela den specialiserade öppenvården, har ökat med 11 procent, från 12,8 till 14,3 miljoner besök, under samma period.

¹ Engelska: Age-related Macular Degeneration, AMD

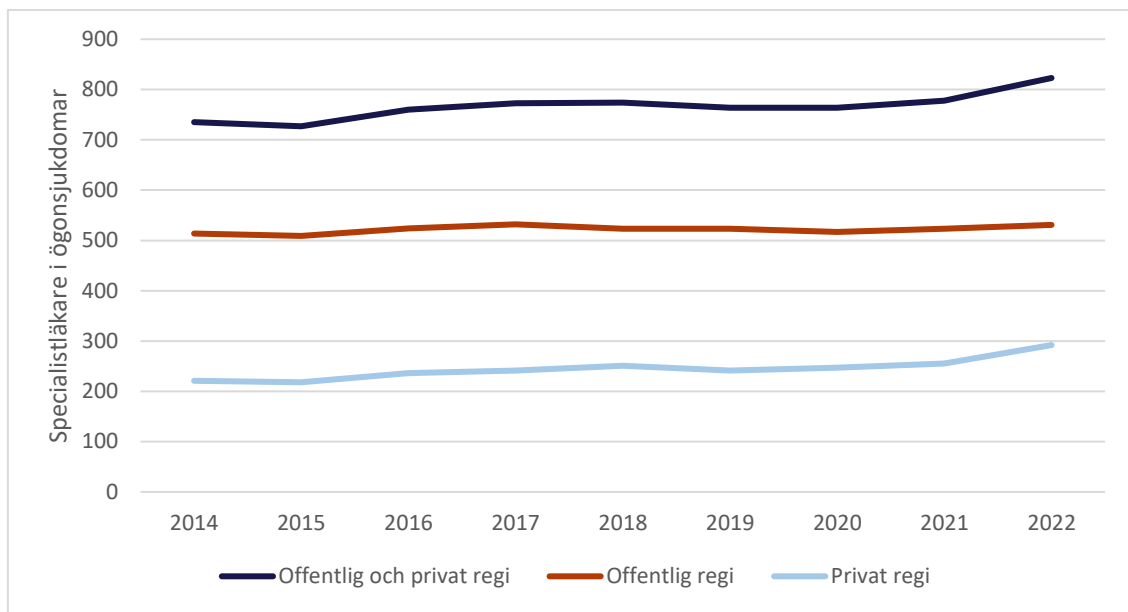


Figur 1. Registrerade aktiva patienter och registrerade besök i Svenska Makularegistret (3) samt antal besök (diagnoskod H35) i Socialstyrelsens Patientregister (4)

Ett ökat vårdbehov ställer krav på hälso- och sjukvårdens förmåga att tillhandahålla vård och att säkerställa en god vårdkapacitet. Sjukvårdens *kapacitet* kan definieras som den maximala produktion av vård som kan uppnås under en definierad *tidsperiod* med en given produktionsmetod (5). Kapaciteten är beroende av resurser som lokaler, personal och budget. Kapacitetsmöjligheter påverkas också av styrningen inom sektorn. Problem med tillgänglighet och långa väntetider är en del av det som inbegrips i diskussioner om kapacitet inom sjukvården.

Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal visar att antalet specialistläkare i ögonsjukdomar har ökat med 12 procent, från 735 till 823 läkare mellan år 2014 och 2022, se Figur 2. Ökningen har dock främst skett inom privat regi (32 procent jämfört med 3 procent inom offentlig regi (7)). En liknande trend ses för specialistsjuksköterskor (7).

Utvecklingen inom ögonsjukvården med ett ökat vårdbehov och begränsade resurser innebär att ögonsjukvården står inför utmaningar kring kapacitet. Detta innebär också att det kan finnas dolda kostnader och vinster vid införandet av nya behandlingar inom ögonsjukvården. En behandling som har potential att frigöra kapacitet inom ögonsjukvården skulle till exempel kunna korta väntetider för patienter och/eller möjliggöra att fler patienter får behandling. Dessutom skulle det kunna medföra minskad börda för patienter och närstående om behovet av antalet sjukvårdsbesök minskar. Dessa värden är viktiga att beskriva för att ge en komplett bild av värdet av att införa en ny behandling. En skattning av kapacitetssituationen för hälso- och sjukvården samt bördan för patienter och närstående är ett viktigt första steg i att kartlägga detta värde. Denna typ av analys kan också peka ut områden med förbättringspotential.



Figur 2. Specialistläkare i ögonsjukdomar sysselsatta inom hälso- och sjukvård enligt Socialstyrelsen (7)

1.1 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka kapaciteten inom svensk ögonsjukvård samt hur den förväntas utvecklas under de kommande fem åren. Ett ytterligare syfte är att undersöka behandlingsbördan vid intravitreal injektioner för patienter och deras närstående.

2 Bakgrund

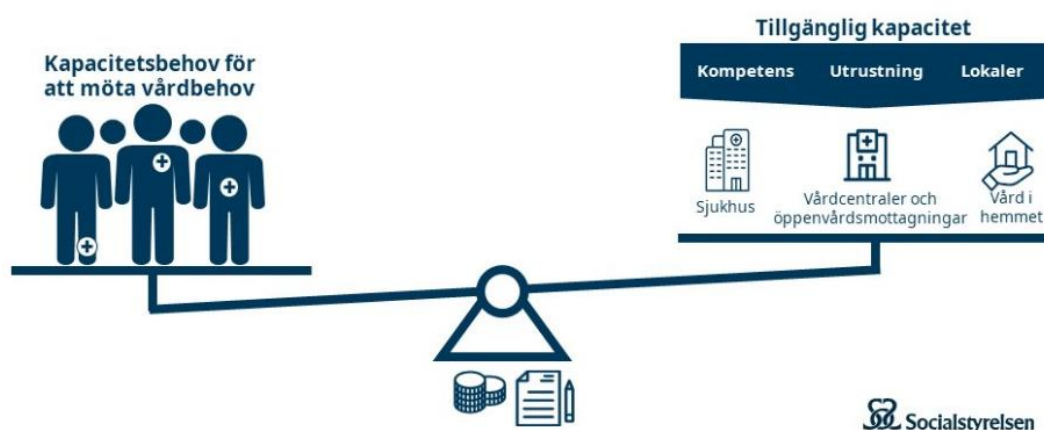
2.1 Kapacitet inom hälso- och sjukvården

Sjukvårdens *kapacitet* kan definieras som den maximala produktion av vård som kan uppnås under en definierad *tidsperiod* utifrån tillgängliga resurser såsom personal, lokaler och utrustning samt given produktionsmetod (5, 8). I praktiken används den uppnådda produktionen under en viss tidsperiod ofta som indikator på kapacitet, eller så används vissa begränsande resursfaktorer som personal eller vårdplatser för att bedöma kapacitet. Kapacitet påverkas också av tekniska och organisatoriska innovationer som kan öka produktiviteten (5).

Socialstyrelsen beskriver att begreppen produktion, kapacitet och resurser definieras något olika i olika regioner och verksamheter (8). I denna rapport kommer begreppet *resurser* användas för att beskriva personal, lokaler eller budget. Detta kan också kallas insatsfaktorer, inputfaktorer eller produktionsfaktorer. Begreppet *produktion* kommer att användas i denna rapport för att visa på den mängd som produceras, exempelvis antal operationer eller antal patientbesök. Det kan också kallas prestationer eller outputfaktorer. Produktionen påverkas både av resurser och av faktorer inom styrningen av hälso- och sjukvården, såsom är vårduppdragets utformning, ledar-skap och kunskap inom hälso- och sjukvården (5). Ibland används begreppet "PLUS" som ett samlingsbegrepp för personal, lokaler, utrustning och styrning, vilka alla påverkar förmågan och möjligheten att öka kapacitet inom hälso- och sjukvården (9).

Socialstyrelsen beskriver i en rapport om kapacitet (5) att hälso- och sjukvården kan bli mer tillgänglig och få bättre förmåga att hantera kritiska lägen (resilient) om regionerna fokuserar på att uppnå jämnare flöden, få bättre överblick, skapa bättre förutsägelser av patientflöden, respondera genom daglig kapacitetsstyrning, använda olika personalkategorier flexibelt och utgå från en systemansats. En systemansats innebär att man studerar helheter och samband mellan olika faktorer i stället för enskilda delar, vilket inom hälso- och sjukvården skulle innebära att olika enheter och professioner arbetar tillsammans för att maximera hela systemets funktion. Vidare beskrivs att bristande kapacitet i förhållande till behoven i vården påverkar både patienter och personal. För patienter kan det leda till försämrad tillgänglighet och risker för patientsäkerheten. För personal kan det leda till ökad arbetsbelastning och försämrade utvecklingsmöjligheterna. I förlängningen kan det bidra till att vårdyrken blir mindre attraktiva och att kompetensförsörjning försvåras (5).

Socialstyrelsen betonar vikten av produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) inom regionerna för att skapa förutsättningar för arbetssätt där vårdens kapacitet och produktion kopplas till vårdbehovet (8). Det blir därför viktigt att prognostisera vårdbehoven och belysa vilken kapacitet som finns tillgänglig för att säkerställa att dessa två är i balans med varandra, se Figur 3. Socialstyrelsen betonar att *verksamheternas vårduppdrag* och *budget* (styrning) sätter ramarna och påverkar kapaciteten, vilket illustreras i figuren under vågens bas (10).



Figur 3. Balans mellan produktions- och kapacitetsstyrning i vården enligt Socialstyrelsen (10)

2.2 Kapacitet ur ett ekonomiskt perspektiv

En grundläggande utgångspunkt för samtliga ekonomiska frågeställningar är att resurser är begränsade. Ekonomi betyder hushållning och handlar om hur vi ska använda våra begränsade resurser för att få så stor nytta som möjligt. På den fria och konkurrensutsatta marknaden hanteras detta genom prissättning. Marknaden för synundersökning är ett exempel där priser justeras för att balansera utbud och efterfrågan. Om det finns ett stort utbud av optiker och en låg efterfrågan så kommer priserna att sänkas. Om det finns ett lågt utbud av optiker och en hög efterfrågan så kommer priserna att höjas. På detta sätt fungerar prismekanismen som ett sätt att få utbud och efterfrågan i balans.

Efterfrågan styrs av köparnas beslut och utbudet av säljarnas beslut. En person som väljer att genomföra en synundersökning har bedömt att detta har ett högre värde än annat som denne person skulle kunna göra för pengarna, till exempel köpa lunch ute på stan. Priset speglar på så sätt värdet av den näst bästa alternativa användningen av pengarna, den så kallade alternativkostnaden. Så länge personen anser att värdet som denne får av synundersökningen är högre än alternativkostnaden så är det rationellt att genomföra köpet.

Denna grundläggande logik sätts ur spel när prismekanismen saknas. Hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i stort sett helt utanför den fria marknaden. Priset för patienten är en fast avgift som är långt under vad tjänsten egentligen kostar. Därmed uppstår en större efterfrågan än vad hälso- och sjukvården kan hantera, vilket leder till väntetider.

Som grund för sina beslut kan beslutsfattare inom hälso- och sjukvården använda sig av ekonomisk utvärdering som syftar till att undersöka om beslutet skulle vara rationellt på en fri marknad, det vill säga om det förväntade värdet överstiger alternativkostnaden. En beslutsfattare som exempelvis väljer att införa en ny operation för ögonsjukdom har bedömt att detta har ett högre värde än annat som denna beslutsfattare skulle kunna göra med resurserna, det vill säga alternativkostnaden.

Vad är alternativkostnaden av sjukvårdens resurser? Av pragmatiska skäl används ofta priser inom sjukvården som ett proxymått för alternativkostnad (11). Detta innebär exempelvis att man antar att löner för sjukvårdspersonal speglar värdet av deras bästa alternativa användning. Men löner är trögrörliga och det finns ett begränsat antal köpare av hälso- och sjukvårdspersonal

(12). Därför speglar löner inte alltid värdet av det som ges upp eftersom det kan ske förändringar som inte speglas i lönesättningen. Om beslut fattas om att införa en ny operation för ögonsjukdom som kräver specialiserad personal, beror alternativkostnaden på hur man löser resurstillgången.

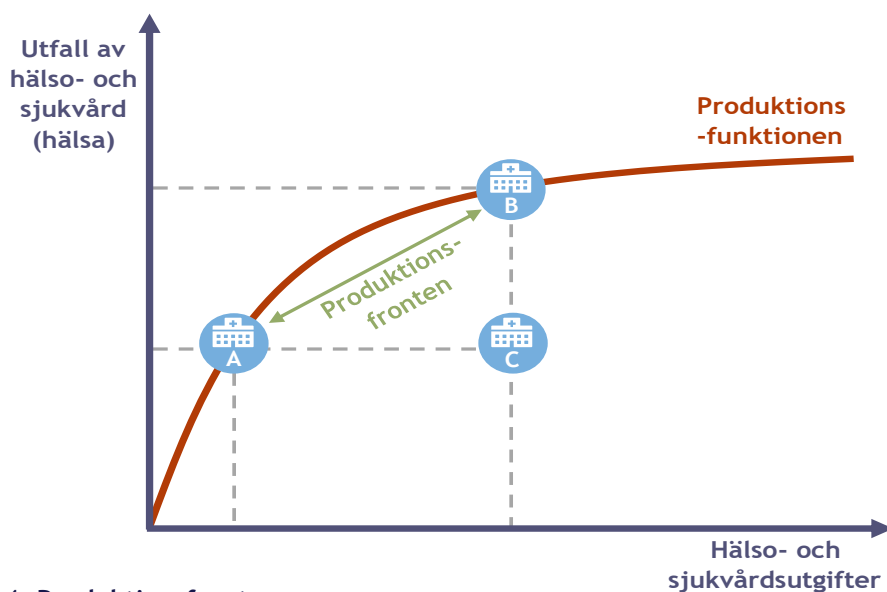
Om man löser det genom att anställa ny personal så är lönen ett rättvisande proxymått för alternativkostnaden. Men om man i stället använder existerande personal så är lönen inte nödvändigtvis ett rättvisande proxymått för alternativkostnaden. I detta senare fall har den personal man använder troligen gjort något annat tidigare som de nu inte längre kan göra. Vad detta innebär beror på vilka möjligheter personalen har att effektivisera sitt arbete (Faktaruta). Om det till exempel finns möjlighet att göra något snabbare genom att effektivisera, så kan samma personal användas utan att det påverkar tillgängligheten. Alternativkostnaden kan dock uppstå i form av de resurser som krävs för effektivisering (till exempel utbildning och ombyggnad). Om det inte finns möjlighet att effektivisera, så kommer tillgängligheten att påverkas. Den personal som nu utför operationer kan exempelvis inte längre göra andra åtgärder för andra patienter under samma tid. Därför uppstår en alternativkostnad i form av längre väntetider och potentiellt förlorad hälsa för patienter som inte längre kan erbjudas vård inom samma tid (13).

Faktaruta. Produktionsfronten (13, 14)

Figur 4 illustrerar förhållandet mellan hälso- och sjukvårdsutgifter och utfall av hälso- och sjukvård. Den uppåtstigande kurvan (produktionsfunktionen) visar att ju mer resurser som läggs på hälso- och sjukvården, desto mer hälsa kan uppnås. Kurvan planar ut vid högre nivåer till följd av att den ökade mängden hälsa som kan uppnås blir allt mindre då allt mer resurser läggs på hälso- och sjukvården (avtagande marginalproduktivitet).

Kliniker som agerar längs med produktionsfunktionen är de mest effektiva. De använder sina insatsfaktorer för att producera mesta möjliga hälsa. Klinik A och B producerar längs med produktionsfronten, de är effektiva. Klinik C producerar innanför produktionsfronten, den är inte lika effektiv.

Om A ska kunna producera mer hälsa (till exempel likt B) krävs att budgeten ökar, eller att produktionen av hälsa minskar inom ett annat område än det nya. Klinik A kan inte med givna resurser producera mer, eftersom de redan använder tillgängliga resurser fullt ut på bästa tänkbara sätt. Klinik C kan dock effektivisera och kan trots en minskad budget producera lika mycket hälsa genom att bli lika effektiv som klinik A. Klinik C kan också använda existerande budget mer effektivt och producera mer hälsa genom att bli lika effektiv som klinik B.



Figur 4. Produktionsfronten

Till följd av att prismekanismen saknas som reglering av utbud och efterfrågan behöver man titta bredare på kostnaderna i hälso- och sjukvården. I Kanada, Frankrike och Storbritannien efterfrågar HTA (health technology assessment) myndigheterna att man tittar på hur en ny intervention påverkar sjukvårdssystemet för att fånga eventuella kostnader eller vinster till följd av påverkan på kapaciteten (15). Detta kan ske genom att modellera effekten på kostnader och hälsa indirekt via påverkan på produktionsprocessen utifrån en bild av nuvarande kapacitetssituation, vilka resurser interventionen kräver samt vilka eventuella korrigerande åtgärder som kan förväntas. Med korrigerande åtgärder syftas till exempel på att man flyttar patienter till andra enheter med större utbud (föranleder transaktionskostnader) eller att man uppgiftsväxlar så att till exempel sjuksköterskor tar över läkares uppgifter (utbildningskostnader).

För att fatta rätt beslut är det därför centralt att veta vad som kommer att hända om man inför en ny åtgärd eller fattar beslut om en ny prioritering. Ett exempel på detta är covid-19 pandemin som innebar att patienter med covid-19 behövde prioriteras framför andra grupper. Då detta skedde snabbt kunde man inte nyanställa och det fanns inte tid och möjlighet att effektivisera. Därför innebar detta att andra grupper fick nedprioriteras och att det uppstod en alternativkostnad i form av längre väntetider och potentiell förlust av hälsa (11, 15).

Ett annat exempel är rotavirus. Rotavirus är en säsongsburen smitta hos barn som kan leda till plötsliga toppar. Flera studier har visat att sjukvården kunde frigöra resurser i samband med införandet av vaccin mot rotavirus som kunde användas för att korta väntetider och ta hand om andra patienter. Värdet av vaccin bestod därför inte bara i hälsovinster för dem som vaccinerades utan även i hälsovinster för andra patienter som nu kunde få vård tidigare (16-18).

Inom ögonsjukvården har det under de senaste 10 åren skett en drastisk ökning av antalet behandlade patienter till följd av nya behandlingar av åldersrelaterade ögonsjukdomar. Behandlingarna kan innebära en stor förändring i synförmåga för ett stort antal äldre. Dessa behandlingar behöver ges kontinuerligt och kräver därför förhållandevis stora resurser inom ögonsjukvården. Alternativkostnaden för dessa resurser beror på var de tas ifrån. Innebär det att ny personal anställs, att existerande personal används mer effektivt eller att existerande personal flyttas från ett område till ett annat vilket leder till försämrad tillgänglighet och potentiellt förlorad hälsa för patienter? Svaren på dessa frågor kan förändras över tid. Även om vi inte kan nyanställa för närvarande kanske det går att genomföra inom en femårsperiod. Alternativkostnaden beror därför även på vilket tidsperspektiv man har.

En brittisk studie som simulerat konsekvenserna av en ny typ av intravitreal injektion som tillåter längre behandlingsintervall (det vill säga färre injektioner), visar att detta potentiellt också kan bidra med vinster i form av vunnen hälsa till följd av bättre tillgänglighet för andra patientgrupper (19, 20). Studiens beräkningar baseras dock på ett antagande om ett tak för klinikerna gällande hur många injektioner de kan utföra. Det kan dock finnas utrymme för effektivisering. I verksamheter med begränsad konkurrens (som hälso- och sjukvården) kan det uppstå suboptimal användning av resurser. I samband med en kartläggning av alternativkostnad i samband med införande av ny medicinsk teknologi i Wales, fann man att vården i huvudsak svarade med effektivisering och inte med minskad tillgänglighet (21). Detta baserades på intervjuer med finansiellt och medicinskt ansvariga i samtliga regioner i Wales, där man undersökte hur vården hanterade införandet av nya medicinska teknologier som godkänts av NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Det saknas för närvarande empiriska studier av kapacitetssituationen i den svenska ögonsjukvården som kan användas för att dra slutsatser om vad nya åtgärder som kräver eller frigör resurser får för konsekvenser.

I denna rapport redovisas resultatet av en studie som kartlägger kapacitetssituationen inom ögonsjukvården i Sverige idag och hur den kan förväntas förändras framöver. Rapporten kartlägger resurser (tillgång till personal och lokaler samt korrigerande åtgärder som uppgiftsväxling och ombyggnad), produktion (väntetider och förflyttningar) och styrande system (IT-system, kvalitetsregister, budget). Resultatet kan ge värdefull information för framtida skattning av alternativkostnaden, vilket kan vara användbart vid bedömning av konsekvenserna vid införandet av nya behandlingar och åtgärder.

2.3 Ögonsjukvården

Inom ögonsjukvården finns nu medicinska behandlingar tillgängliga för sjukdomar som tidigare inte kunde behandlas. Antalet patienter som kan behandlas inom ögonsjukvården har därmed blivit fler. När befolkningen samtidigt blir äldre ökar dessutom antalet personer med vissa ögonsjukdomar, exempelvis våt AMD. Sammantaget påverkar det antalet personer med ögonsjukdomar och ökar pressen på ögonklinikerna (22).

Behandling med intravitreal injektioner (IVT-behandling), det vill säga injektioner i ögat (behandling med anti-VEGF-läkemedel) har funnits som behandling i Sverige sedan 2007 och används vid våt AMD, diabetisk makulaödem (DME) samt retinal venoklusion (retinal ventrombos, RVO) (3). Dessa sjukdomar ingår i gruppen medicinska retinasjukdomar, det vill säga sjukdomar i ögats näthinna. Behandlingen med IVT upprepas flera gånger om året och följs upp kontinuerligt. Behandlingen pågår under många år och ofta för resten av livet.

Kombinationen av sjukdomar med hög prevalens och frekvent behandling medför att behandlingen av sjukdomar som våt AMD, DME och RVO är resurskrävande både avseende kostnaden för läkemedel och de sjukvårdsresurser som tas i anspråk. Det leder till att dessa tar upp en relativt stor del av ögonsjukvårdens kapacitet. Antalet injektioner under första året av behandling för våt AMD kan variera mellan kliniker. Enligt Svenska Makularegistret kan antalet injektioner med anti-VEGF per patient under första behandlingsåret variera mellan 5 och 14 injektioner, där variationen bland annat beror på val av behandlingsregim, preparat och pågående kliniska studier (3). Behandlingen består ofta av en serie om tre initiala injektioner, följt av kontinuerliga uppföljningar och injektioner med varierande intervall under flera år och många gånger under resten av livet. Det är av vikt att behandlingen startar i tid och därefter sker fortlöpande för att uppnå goda behandlingsresultat (23).

Patientgrupperna med dessa sjukdomar behöver kontinuerligt följas upp och behandlas, samtidigt som det är ett kontinuerligt inflöde av nya patienter i behov av injektionsbehandling. Detta medför att antalet ögon som injiceras ökar och injektionsverksamheterna tar en allt större del av resurserna inom ögonsjukvården. Ögonsjukvården karakteriseras av stora patientflöden, behov av välfungerande logistiska flöden för patientens omhändertagande mellan personal av olika kompetenser och varierande typer av teknisk utrustning, ibland placerade i olika rum (23).

Utöver den utmaning som injektionsbehandlingar för våt AMD, DME och RVO skapar för ögonsjukvårdens kapacitet, kan behandlingen av dessa tillstånd även skapa utmaningar för patienterna och deras närstående eller omsorgsgivare (24, 25). Eftersom patienterna ofta är äldre, med ökad sannolikhet för samsjuklighet och nedsatt syn, kan patienterna uppleva det som en betydande belastning att åka till en sjukvårdsinrättning och få behandling. Många av patienterna kan också vara i behov av hjälp av en formell (till exempel hemtjänst eller professionell hjälp) eller informell (släkting eller vän) omsorgsgivare vid besöket (24, 25).

2.3.1 Prioritering mellan patientgrupper

I enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (1). Denna utmaning blir större med en åldrande befolkning, med nya innovativa teknologier och ökade krav från befolkningen (26).

Som stöd i prioriteringen mellan olika diagnoser inom ögonsjukvården finns en prioriteringslista som tas fram av det Nationella programområdet NPO Ögonsjukdomar (27). Bland de diagnoser inom sjukdomsgruppen medicinsk retina som har högst prioritet och angelägenhetsgrad finns våt AMD samt diabetesretinopati, följt av RVO (27). Under covid-19 pandemin gjordes en hårdare prioritering där behandling för våt AMD samt centralvenstrombos (CRVO) hade högst prioritet, följt av bland annat DME (28). Diagnostisering och behandling av dessa tillstånd har enligt Prioriteringslistan för ögonsjukvård högsta prioritet och betraktas således som behandling som inte kan anstå (3).

2.3.2 Vårdregi, konkurrensutsättning samt ersättningsmodeller

Hälso- och sjukvård i Sverige står under offentligt huvudmannaskap med offentlig finansiering, men andelen privat offentligt finansierad vård har ökat över tid inom svensk sjukvård. Fördelningen mellan offentlig och privat *vårdregi* skiljer sig dock åt både mellan olika delar av vården och mellan olika regioner (29). Vårdtjänster kan konkurrensutsättas genom antingen lagen om offentlig upphandling (LOU 2016:1145) eller lagen om valfrihetssystem (LOV 2008:962). Med LOU gäller tidsbegränsade kontrakt med fasta villkor, och konkurrens sker vid upphandlingen. Med LOV gäller långa kontraktstider och villkoren kan ändras under tiden. Kontrakt tecknas med flera utförare och fler leverantörer kan tillkomma under avtalstiden. Uppdragets omfattning är specificerat, det vill säga avgränsat. Med LOV uppstår konkurrensituationen när den enskilde individen väljer vem av de anslutna utförarna som utför tjänsten (30). Några regioner, bland annat Östergötland, Skåne, Jönköping och Uppsala använder sig av LOV inom ögonsjukvård (31).

Ersättningssystemet är en del i styrningen av vården. Det finns ingen ersättningsmodell som är optimal för alla situationer, utan det finns positiva och negativa effekter med alla ersättningsmodeller (33). Exempel på ersättningsmodeller som kan användas enskilt eller kombinerat är (33): *Anslag* där ersättningen baseras på en i förväg bestämd fast budget; *Kapitation* där ersättningens storlek baseras på antalet personer som vårdgivaren har ansvar för; *Ersättning per produktgrupp*, till exempel DRG och vårdepisodersättning med ersättningen i förväg för definierade åtgärds paket; *Åtgärdsbaserad ersättning* där vårdgivaren får ersättning i efterhand för varje genomförd åtgärd.

3 Metod

Studien genomfördes som en webbaserad undersökning där enkäten riktades till verksamhetschefer (eller motsvarande) vid de cirka 50 ögonklinikerna i Sverige. Klinikerna identifierades med hjälp av Roche och motsvarar i stort de kliniker som kontinuerligt redovisar i Svenska Makularegistret. Det är ett nationellt kvalitetsregister för uppföljning av behandling av retinala sjukdomar oavsett behandlingstyp: våt AMD (kärlnybildning under makula), svullnad i gula fläcken på grund av diabetes (diabetesretinopati) eller venocklusioner (trombos) i ögats näthinna. Både offentliga som privata kliniker som behandlar de aktuella sjukdomarna deltar i registret (3).

Data samlades in via två webbenkäter (se bilaga). Den första enkäten var mer omfattande och samlade in bredare information från klinikerna, medan den andra var en fördjupning inom ett mindre antal områden som identifierades ur svaren i första enkäten. Detta kan ibland beskrivas som ett Delphi-upplägg, där man utifrån tidigare resultat och respons utvecklar och fördjupar frågorna (34, 35). Webbenkäterna togs fram av IHE. Den första enkäten granskades och kommenterades i samtal med två representanter verksamma inom svensk ögonsjukvård. Webbenkäterna utformades med hjälp av enkätverktyget LimeSurvey. Vidare genomfördes ett studiebesök på en ögonklinik för att få bättre förståelse för processen. En översikt över studieupplägget beskrivs i bilaga 1.

I båda enkäterna fanns både slutna frågor med givna svarsalternativ och öppna frågor där verksamhetscheferna för ögonklinikerna kunde utveckla sina svar. Den första enkäten var uppdelad på ett antal delområden: Patienter, vårdbehov samt behandlingsbörda; Personal, lokaler och utrustning; Styrning och övergripande frågor om kapacitet. Den andra enkäten innehöll fördjupande frågor på ett antal utvalda områden som identifierats och bedömts som särskilt relevanta baserat på svaren i första enkäten. Där redovisades också vissa resultat från den första enkäten för att sätta frågan i sitt sammanhang. Delområdena i den andra enkäten var: Resurser och effektivisering; Prioritering; Styrning.

IHE skickade i januari 2025 ett e-postmeddelande till verksamhetscheferna på 51 ögonkliniker i Sverige, både inom offentlig och privat regi. Några återkom och svarade att kliniker hade slagits samman och/eller valde att svara tillsammans. Detta innebär att antalet kliniker uppgick till 47, varav 38 kliniker var i offentlig och 9 kliniker var i privat regi. E-postmeddelandet innehöll information om studien och dess syfte samt en länk till den första webbenkäten. Det tydliggjordes att inga enskilda kliniker skulle kunna identifieras utifrån svaren. Där framgick också att resultatet från undersökningen skulle sammanställas och publiceras som en IHE-rapport. IHE skickade två påminnelser per e-post för de kliniker som inte svarat efter en respektive två veckor. Totalt svarade 18 av 47 kliniker, vilket ger en svarsfrekvens på 37 procent.

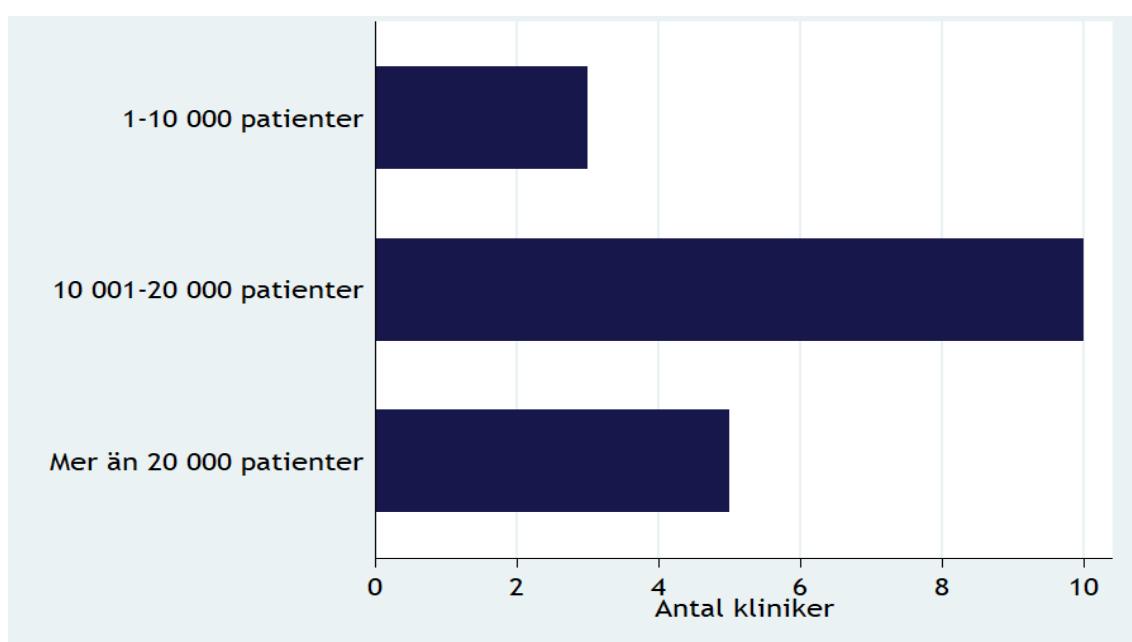
IHE skickade i april 2025 ut en uppföljande enkät per e-post till verksamhetschefer vid samtliga ögonkliniker (förutom en som uttryckligen avböjt medverkan). Totalt svarade 16 av 46 kliniker, vilket ger en svarsfrekvens på 35 procent. I den andra enkäten fanns möjlighet för respondenten att ange kontaktuppgifter om de accepterade att bli kontaktade för en kort intervju.

IHE analyserade resultaten med hjälp av STATA och Excel. För att säkerställa anonymitet för den enskilda kliniken så redovisas svar endast i större grupper, vilket innebär att svar inte redovisas per region (21 stycken) utan endast per sjukvårdsregion (6 stycken) eller uppdelat på kliniker i offentlig respektive privat regi.

4 Resultat

4.1 Medverkande kliniker

Totalt svarade verksamhetschef (eller motsvarande) för 18 kliniker/enheter på enkät 1, vilket motsvarade 37 procent. Majoriteten av klinikerna (10 av 18) hade totalt mellan 10 001 - 20 000 aktiva patienter, oavsett diagnos och behandling, se Figur 5. Fem kliniker, varav samtliga drevs inom offentlig regi, hade fler än 20 000 aktiva patienter oavsett diagnos. En majoritet (15 av 18) av klinikerna drevs i offentlig regi. De tre kliniker som drevs inom privat regi finansierades via LOV.² Samtliga sjukvårdsregioner var representerade bland dem som svarade på enkät 1, se Tabell 2 i bilaga. Enkät 2 besvarades av verksamhetschef (eller motsvarande) för 16 kliniker. Majoriteten (12 av 16) av klinikerna som svarade på enkät 2 drevs i offentlig regi. Totalt besvarade verksamhetschef (eller motsvarande) både enkät 1 och enkät 2 för 13 kliniker.



Figur 5. Aktiva patienter, oavsett diagnos och behandling, per klinik under det senaste året

4.2 Resurser och åtgärder

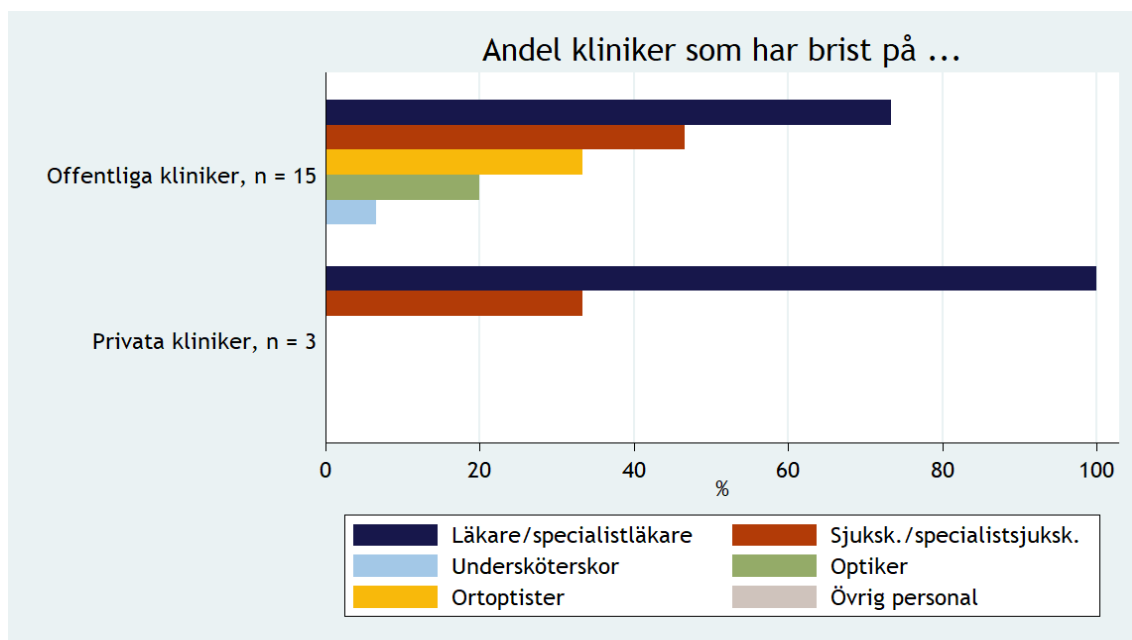
Begreppet resurser beskrevs i avsnitt 2, och kan avse exempelvis personal, lokaler och utrustning. Resurserna påverkar förmågan och möjligheten att öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården.

4.2.1 Det finns en brist på läkare som kopplas till rekryteringsproblem

En klar majoritet (14 av 18 kliniker i enkät 1) uppgav brist på en eller flera personalkategorier. Personalbristen är ungefär densamma oavsett regi, med störst brist på specialistläkare/läkare,

² En kliniks regiform kodades om eftersom den svarat att den drevs i "privat regi, med offentlig finansiering via LOV" trots att den var i offentlig regi. Detta kunde upptäckas eftersom enkäterna innehöll en fråga om respektive kliniks namn och ort. Klinikens information kontrollerades via 1177 som anger ägandeform.

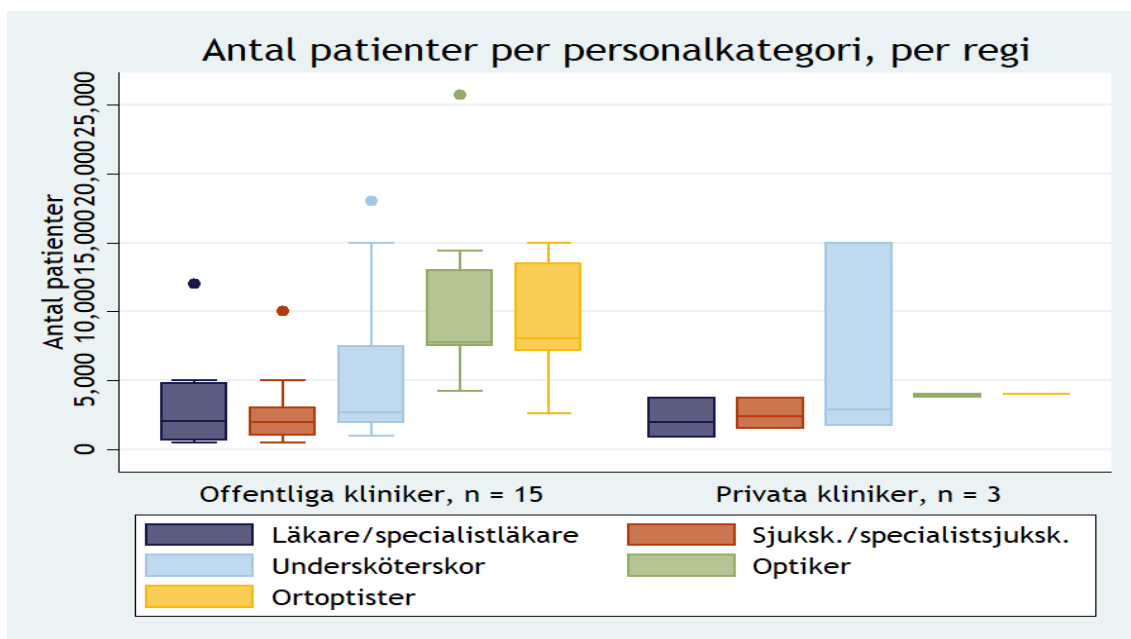
följt av specialistsjuksköterskor/sjuksköterskor, se Figur 6. Enstaka kliniker inom offentlig regi anger att de även har brist på personalkategorierna ortoptister, optiker och undersköterskor. Personalbristen finns i samtliga regioner, men andelen med personalbrist är något högre utanför storstadsregionerna och i fritextsvar angavs att det eventuellt var "något vanligare med brist utanför storstadsregioner". Flera kliniker, oavsett regi, hade brist på mer än en personalkategori, se Figur 32 i bilaga.



Figur 6. Andel kliniker som har brist på olika personalkategorier

Genom att koppla antalet aktiva patienter med antalet anställda inom respektive personalkategori framkommer "personaltätheten" för respektive klinik. Detta visas i ett så kallat låddiagram (box plot)³, Figur 7. Figuren visar att variationen i personaltäthet är begränsad med avseende på läkare och sjuksköterskor. Medianen i antal aktiva patienter per personal är omkring 2 000 för kliniker i både offentlig och privat regi.

³ Lådan visar den undre kvartilen (Q1), den övre kvartilen (Q3) samt medianen (Q2) som illustreras genom det horisontella strecket inne i lådan. Kvartiler delar in materialet i fyra delar. En fjärdedel av observationerna är mindre än Q1. Två fjärdedelar (eller hälften) är mindre än Q2. Tre fjärdedelar är mindre än Q3. En fjärdedel är större än Q3. De så kallade morrhåren kopplar ihop lådan med yttervärdena, medan eventuella extremvärden visas som punkter.



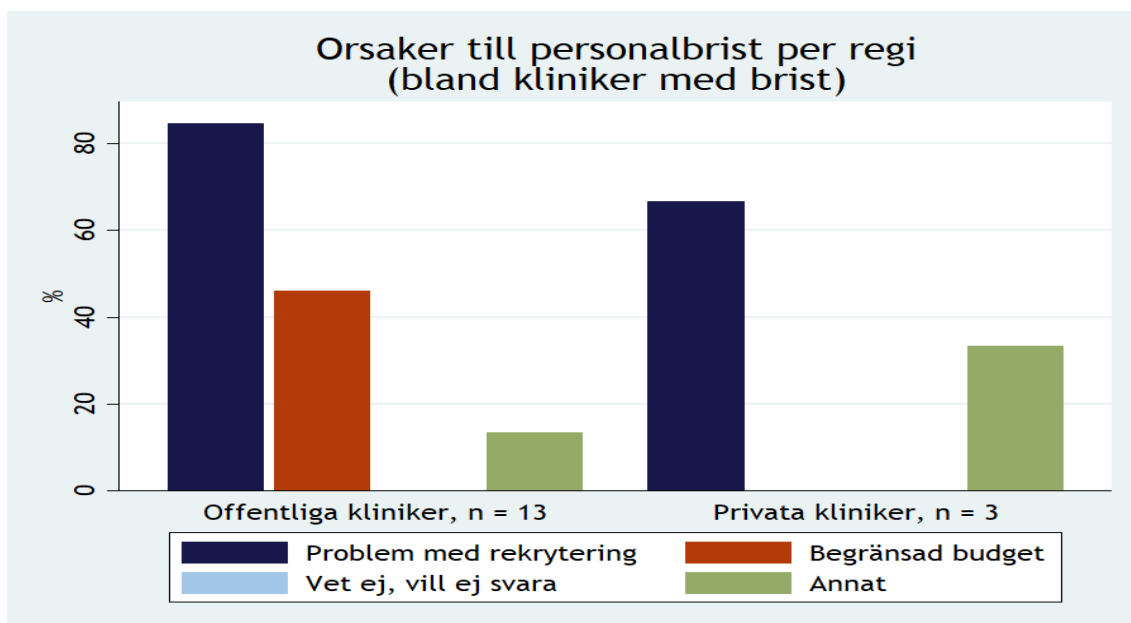
Figur 7. Patienter per person i respektive personalkategori

En majoritet, inom både offentlig och privat regi, anger *problem med rekrytering* som en av de huvudsakliga orsakerna till personalbristen, se Figur 8. Kliniker som inte kryssade för problem med rekrytering beskrev i fritext motsvarande problem genom svar som "Svårt hitta läkare" eller "Ögonläkarbrist". Endast kliniker i offentlig regi angav att *begränsad budget* var en av de huvudsakliga orsakerna till personalbrist. Klinikerna kunde ange att både rekrytering och budget var bland de huvudsakliga orsakerna till personalbrist. I fritextsvaren beskrivs svårigheterna att rekrytera, och några angav att kliniker i privat regi hade lättare att rekrytera läkare och sjuksköterskor.

Väldigt svårt att rekrytera specialistläkare samt specialistsjuksköterskor och ortoptister. Tyvärr är det en bristvara som de privata aktörerna har första tjing på.

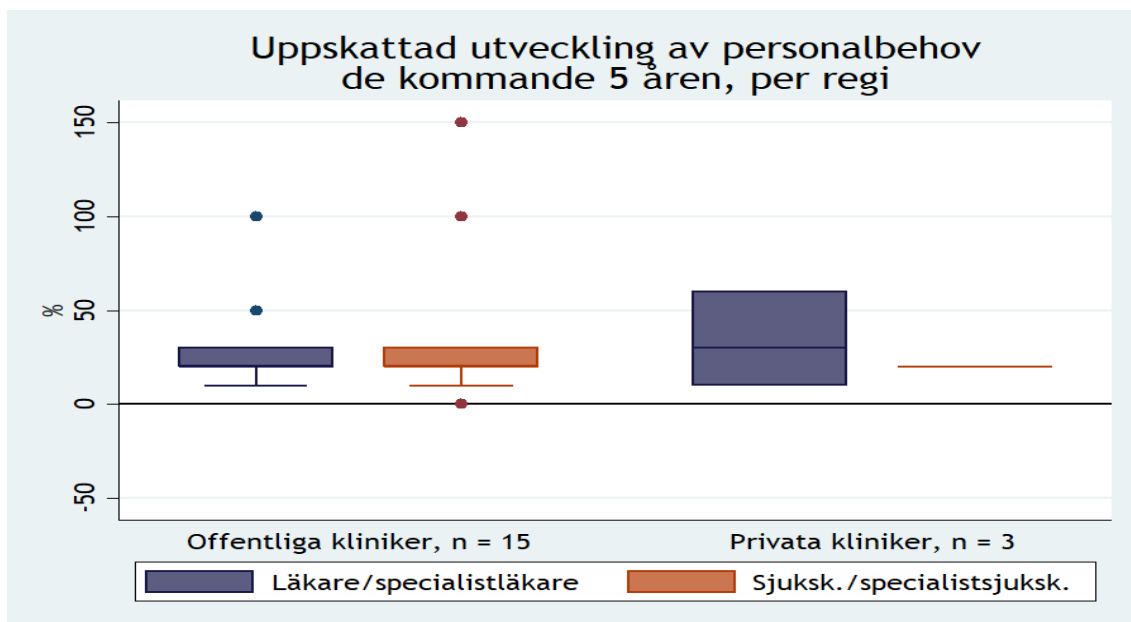
En annan faktor som nämndes är det utbildningsansvar som ligger på kliniker i offentlig regi. Det anges bland annat att det offentliga satsar tid och engagemang på att utbilda ny personal, men förlorar många till privat sektor när utbildningen är färdig.

Vårdval i offentlig regi utbildar personal inom alla yrkeskategorier, men det gör de inte i den privata. Det urholkar kompetensen i offentlig regi, för många går till de privata vårdvalen som betalar mer i ersättning.



Figur 8. Huvudsakliga orsaker till brist på personal (mer än ett svar möjligt)

Behovet av både läkare och sjuksköterskor på klinikerna bedöms öka med i genomsnitt 30 procent de kommande fem åren. Bedömningen är densamma oavsett regi, men spridningen är större inom kliniker i offentlig regi där enstaka kliniker skattar behovet betydligt större, se Figur 9. Det uppskattade framtida behovet av personal ser liknande ut i de tre storstadsregionerna och resten av landet, se Figur 33 i bilaga.

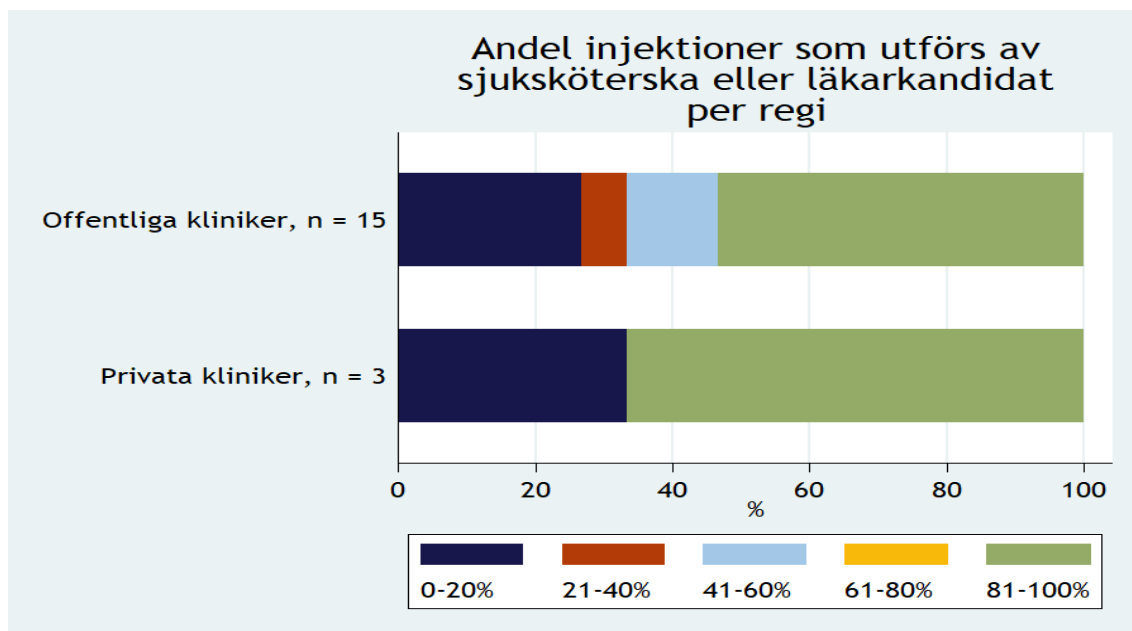


Figur 9. Behov av läkare och sjuksköterskor de kommande fem åren

4.2.2 Effektivisering har skett genom uppgiftsväxling och nya arbetsprocesser

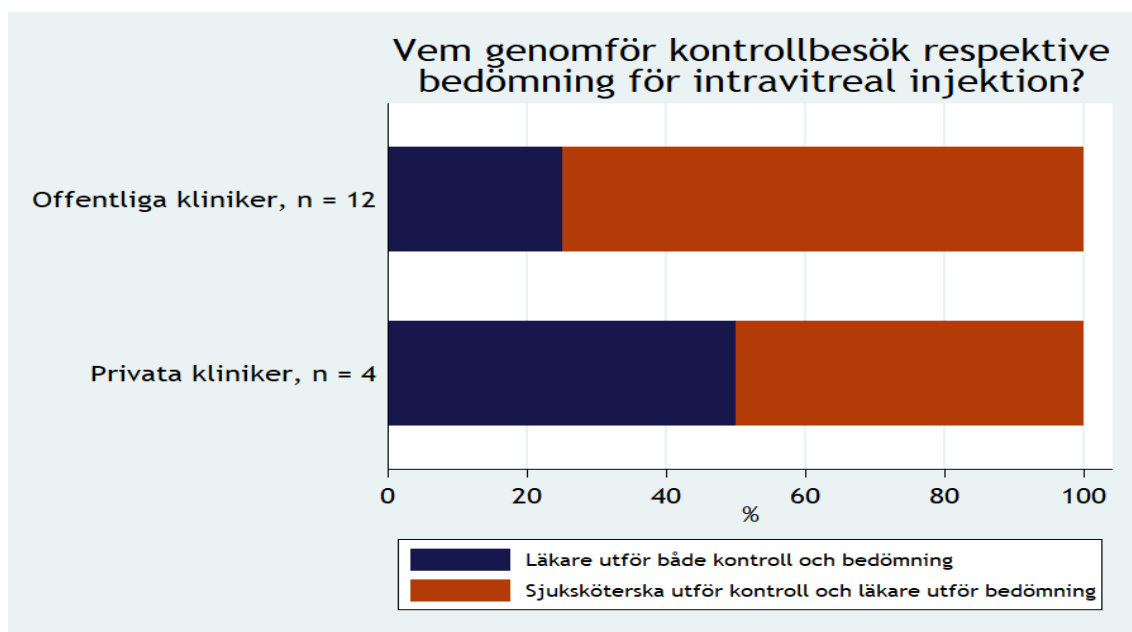
Flera kliniker använder sig av uppgiftsväxling (task shifting) där en sjuksköterska eller läkarkandidat ger den intravitreal injektionen i stället för läkare. Detta bidrar till att effektivare utnyttja resurser. Ungefär hälften av alla klinikerna (55 procent) anger att sjuksköterskor eller

läkarkandidater utför mellan 81 och 100 procent av injektionerna. En uppdelning på offentliga och privata kliniker visar liknande uppdelning, Figur 10. I fritextsvaren framkommer att det ser olika ut på olika kliniker även inom en och samma regi. Vissa beskriver att sjuksköterskor ger injektioner sedan flera år, en annan beskriver att det ännu inte skett en ändring då sjuksköterskan inte kan/vill injicera. På de medverkande kliniker som beskrivs som mindre (1-10 000 patienter) utförs injektioner endast av sjuksköterskor, se Figur 34 i bilaga.



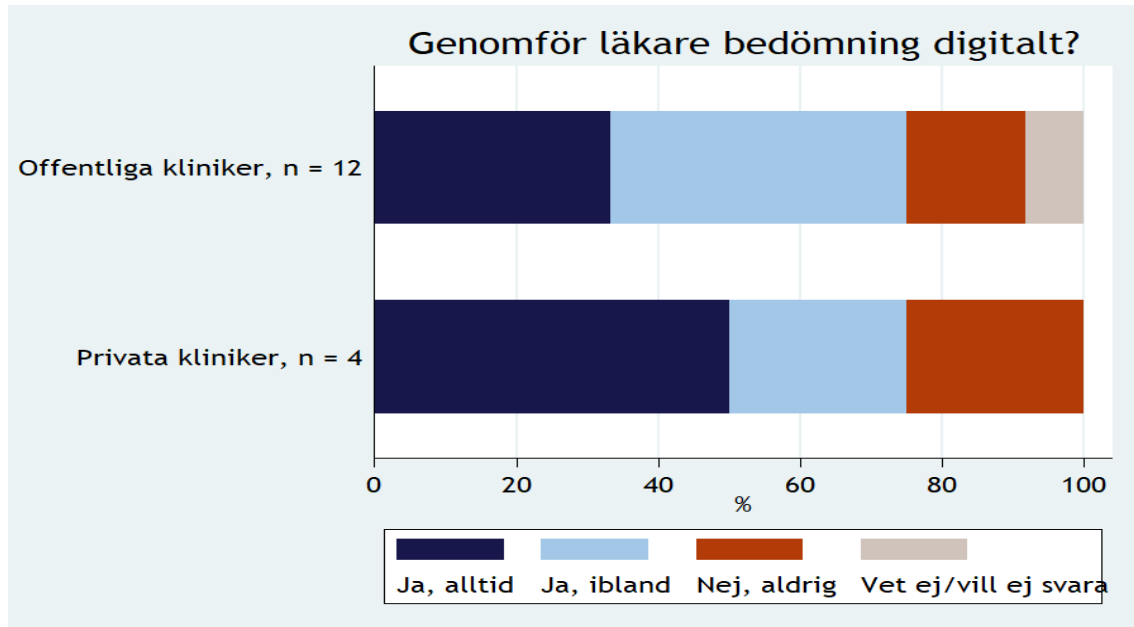
Figur 10. Andel intravitreal injektioner som utförs av sjuksköterska eller läkarkandidat

En annan möjlig uppgiftsväxling mellan olika professioner avser kontrollbesöket inför intravitreal injektion. Sjuksköterskor genomför kontrollbesöken på en del kliniker och detta tycks vanligare för kliniker inom offentlig regi, se Figur 11.



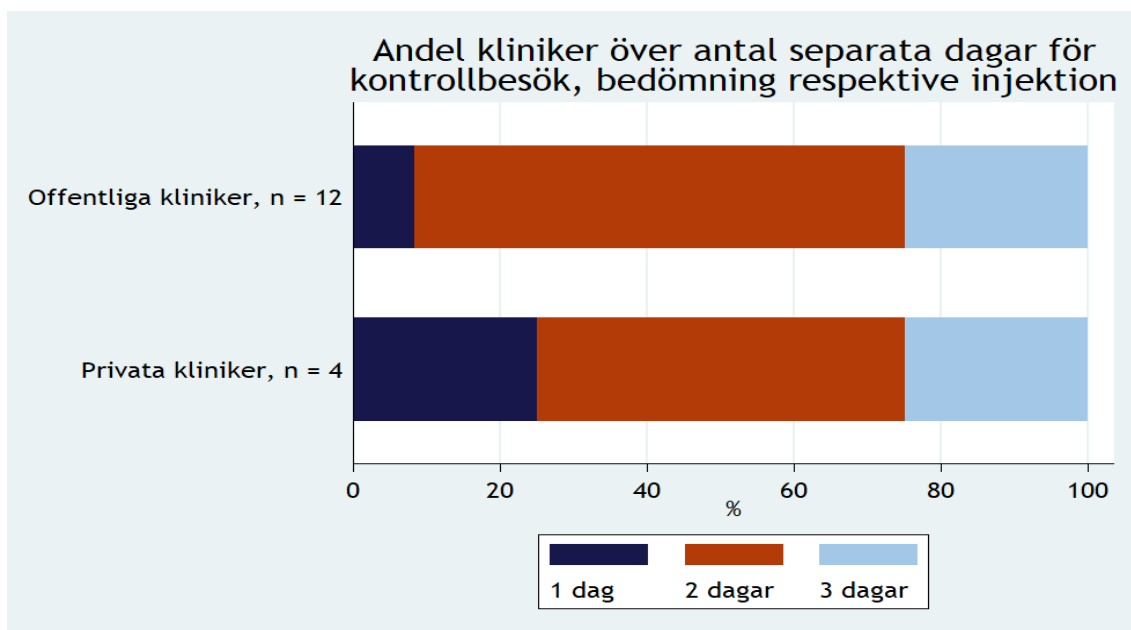
Figur 11. Personalkategori som utför kontroll och bedömning vid intravitreal injektion

Bedömning av läkare digitalt är en annan möjlig lösning för att hantera att specialistläkare är en knapp resurs. En majoritet av kliniker inom både privat och offentlig regi har läkare som genomför bedömning digitalt, se Figur 12. Det finns dock en tydlig variation där några kliniker aldrig gör bedömning digitalt och några alltid gör bedömning digitalt.



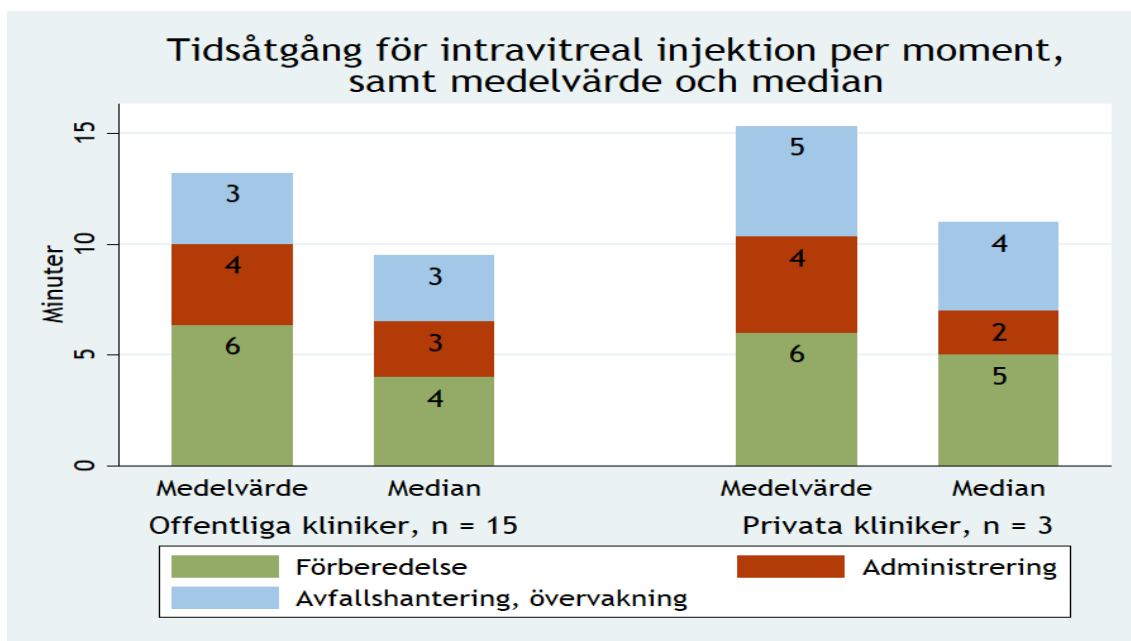
Figur 12. Antal kliniker som genomför bedömning digitalt

I enkäten ställdes frågan om man hade samma eller separata dagar för kontrollbesök, bedömning och intravitreal injektion. Resultatet visar att vissa kliniker genomför samtliga moment under en dag medan andra kliniker genomför det fördelat på två eller tre olika dagar, se Figur 13. Detta ser liknande ut för både offentliga och privata kliniker. I fritextsvar framkom att någon klinik avsatte speciella dagar för injektionerna (så kallade injektionsdagar). Genom att samla många patienter samma dag för enbart injektion angavs att processen effektiviserades.



Figur 13. Fördelning över antal dagar av momenten kontrollbesök, bedömning och intravitreal injektion

Tiden för den intravitreal injektionen skattades uppdelat på momenten förberedelse, administrering och avfallshantering, övervakning. Totalt skattades tiden till 10-15 minuter. Förberedelsemomentet är mest tidskrävande vid injektionsbesök, och uppskattas till i genomsnitt 6 minuter (medelvärde) för kliniker i både offentlig och privat regi, se Figur 14.

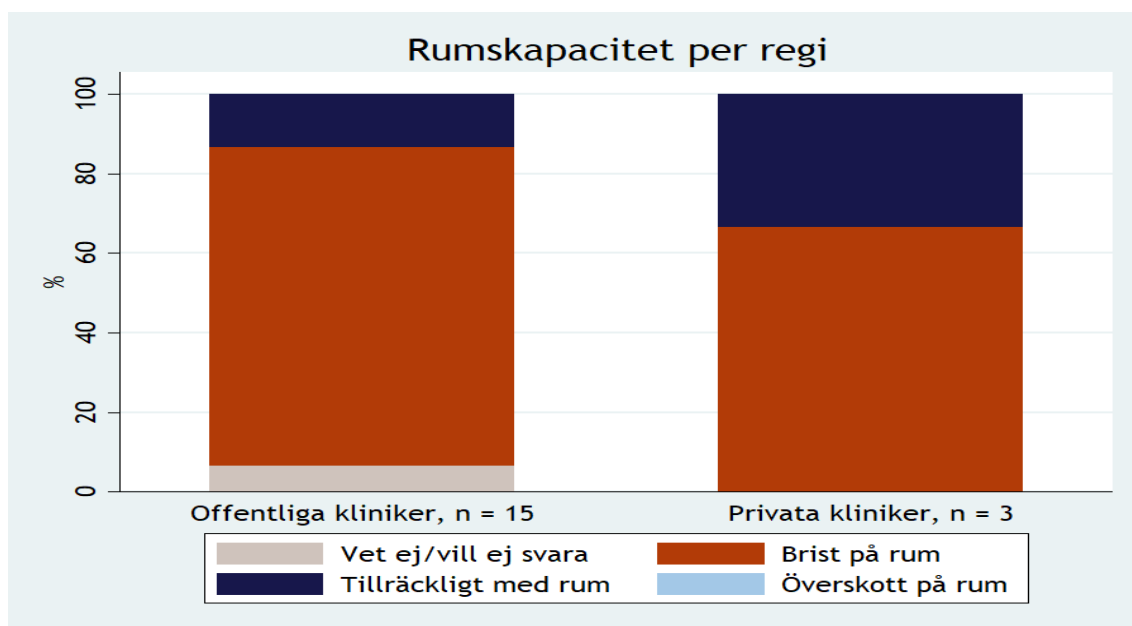


Figur 14. Uppskattad tidsåtgång för intravitreal injektion per moment

Samtliga kliniker fick huvudsakligen remisser från optiker och i andra hand vårdcentraler, se Figur 35 i bilaga. Remisser kom i mindre utsträckning från specialistvården eller som egenremisser. Hälften av de deltagande klinikerna angav att fick många onödiga remisser.

4.2.3 Det finns en brist på rum som delvis hanterats genom ombyggnad och skapande av injektionsrum

I enkäten ingick frågor om tillgång på rum såsom undersökningsrum, injektionsrum och operationssal. Operationssalar har mycket strikta krav på sterilitet och speciella krav på ventilation medan så kallade injektionsrum, ibland även kallat rent rum, har något mindre hårda krav på sterilitet. Operationssalar finns i begränsad mängd och injektionsrum kan därför vara ett sätt att frigöra operationssalar. Det framkommer att brist på rum är vanligt, och endast vid tre kliniker bedöms att det finns tillräckligt med rum. Situationen är liknande för kliniker i offentlig och privat regi, se Figur 15.



Figur 15. Rumskapacitet

En majoritet av klinikerna (11 stycken, cirka 60 procent) har så kallade injektionsrum. Samtliga kliniker bedömer denna typ av rum vara ändamålsenliga. De kliniker som saknar injektionsrum måste göra injektioner i operationssal, vilket då tränger ut annan verksamhet under den tiden. En klinik som inte har injektionsrum skriver:

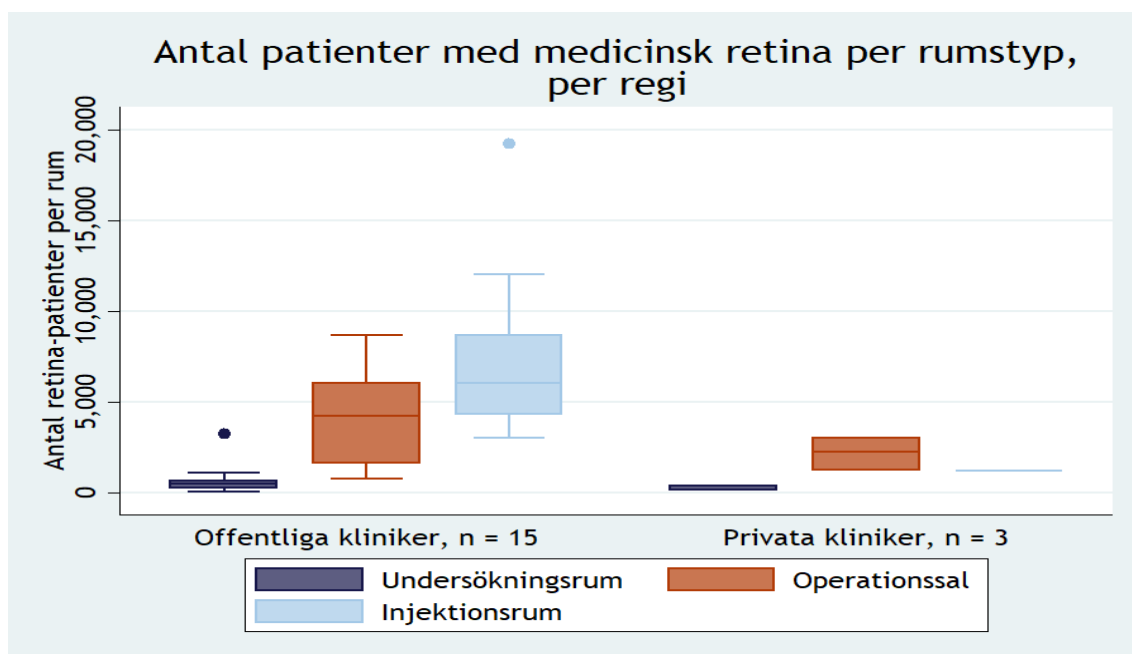
...alla injektioner sker på op-salen. Hade vi mer plats skulle vi absolut ha ett sådant rum för att inte behöva blockera vår enda op-sal vid injektionsspass.

Hälften (50 procent, 9 stycken) av klinikerna som har svarat anger att de har justerat lokalerna för att passa verksamhetens behov. Det kan avse både att skapa rum för undersökning eller att skapa rum för att förvara apparatur. Någon beskriver att de inte har möjlighet till ändringar i nuvarande lokaler, medan en annan förklarar att det är förknippat med höga kostnader att bygga om.

Konferensrum togs bort för att få ytterligare ett behandlingsrum/undersökningsrum.

Vi har tagit bort ett stödrum, en toalett, ett förrådsrum för att få plats med våra medicintekniska apparater....

Genom att koppla antalet patienter med medicinsk retina med antal rum för respektive klinik framkommer rumstätheten i form av antal patienter per rum, Figur 16. Figuren visar att det finns relativt stora variationer mellan kliniker avseende antal patienter per rum. Antal patienter per operationssal och injektionsrum är betydligt högre på kliniker i offentlig regi och här finns också en betydande spridning.



Figur 16. Antal patienter per rumskategori

I enkäten ställdes även frågor om utrustningen på ögonklinikerna, eftersom utrustning utgör en del av de resurser som bidrar till kapaciteten. Ungefär 80 procent angav att de hade tillräckligt med utrustning (till exempel OCT och ögonbottenkamera) på sin klinik, och cirka 60 procent svarade att de skulle klara sin löpande verksamhet även om någon enstaka utrustning skulle gå sönder.

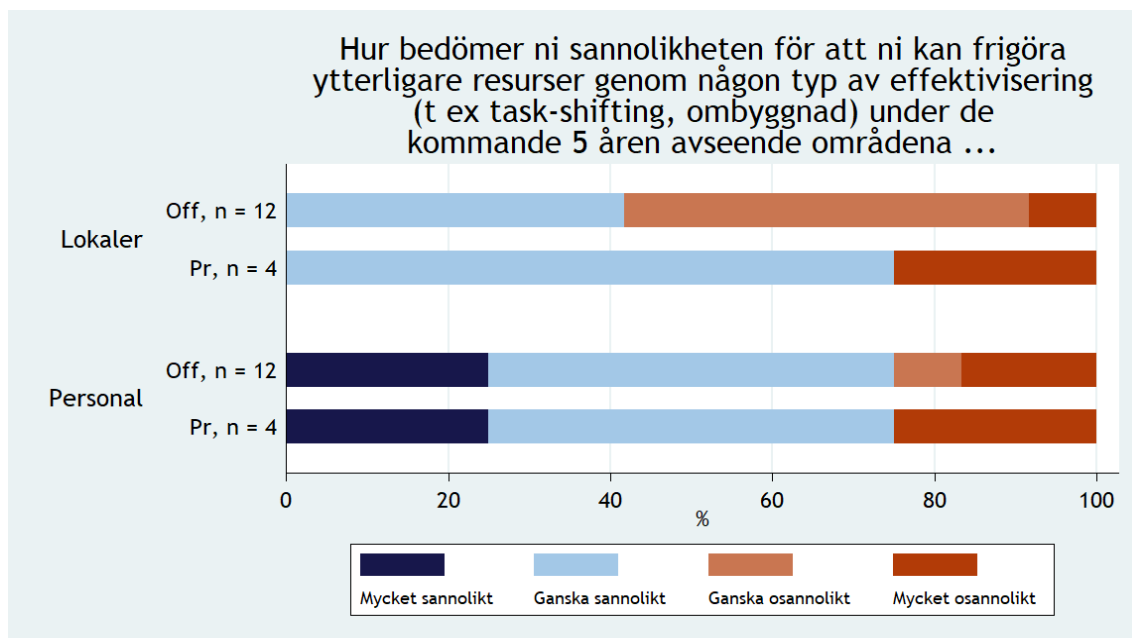
4.2.4 Möjlighet till att frigöra ytterligare resurser

De flesta kliniker (75 procent, 12 kliniker) bedömde att det är mycket sannolikt eller ganska sannolikt att de skulle kunna frigöra ytterligare resurser under kommande 5 åren avseende personal, exempelvis genom uppgiftsväxling (task-shifting), se Figur 17. Några svarade dock att det var mycket osannolikt. Denna skillnad mellan kliniker skulle kunna bero på att några kliniker redan har genomfört uppgiftsväxling, se avsnitt 4.2.2. En klinik beskriver i fritextsvaret hur de uppgiftsväxlat på flera områden:

Vi har redan taskshiftat: En ögonsjuksköterska på delegering utför alla våra intravitreal injektioner som egentligen en ögonläkare skall utföra; En ögonsjuksköterska bedömer 75% av våra ögonbottenfotograferingar på diabetespatienterna; På pol op assisterar en USK istället för en SSK; Förundersökningar inkl mätningar inför en kataraktoperation utförs av en optiker istället för en läkare."

En mindre andel av klinikerna bedömer att det är sannolikt att frigöra ytterligare resurser på lokalsidan. Mindre än hälften av klinikerna i offentlig regi ser det som ganska eller mycket

osannolikt att kunna frigöra ytterligare resurser genom effektivare användning av lokaler under de kommande 5 åren. Bland klinikerna i privat regi är denna andel nästan 80 procent. Möjliga förklaringar till svårigheterna med lokaleffektivisering anges bland annat vara att ombyggnationer är dyra, eller att ombyggnationer inte är tillåtna i fastigheten. Vidare har framkommit att vissa kliniker redan har gjort anpassningar av lokaler.



Figur 17. Bedömning kring sannolikhet att frigöra ytterligare resurser de kommande fem åren

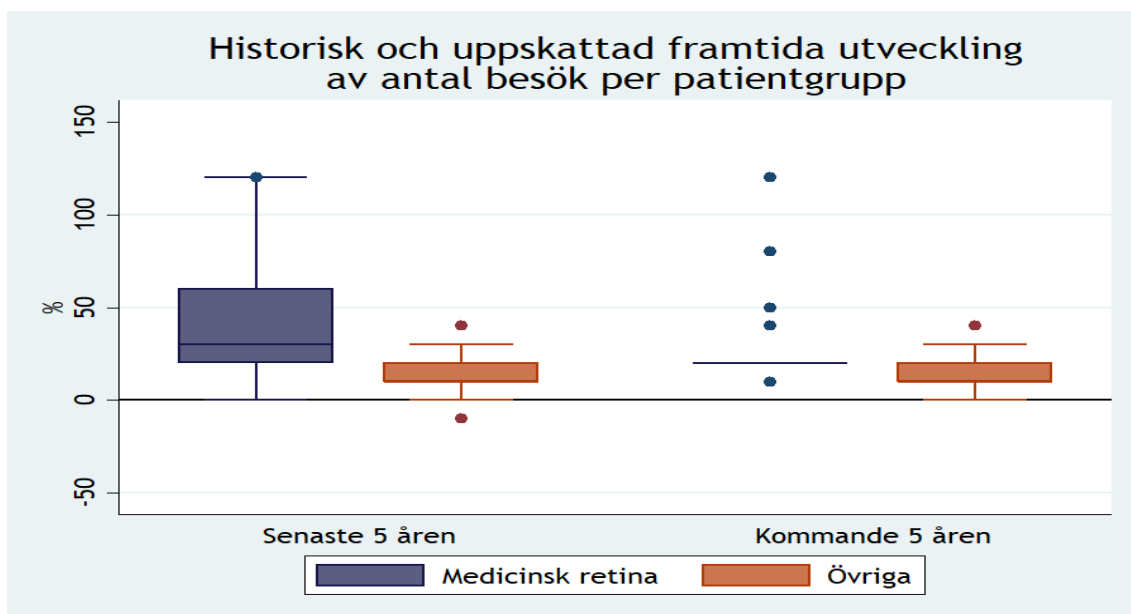
4.3 Produktion och åtgärder

Begreppet produktion beskrevs i avsnitt 2, och kan avse exempelvis antal besök. Produktionen påverkas av tillgängliga resurser, men också av faktorer i styrningen av hälso- och sjukvårdssystemet.

4.3.1 Antalet besök bedöms fortsätta öka, men i minskad takt

Som beskrevs i inledningen av rapporten så har både antalet patienter och antalet besök inom ögonsjukvården ökat de senaste åren, enligt Socialstyrelsens och Svenska Makularegistrets data. I enkäten uppskattar verksamhetscheferna (eller motsvarande) vid klinikerna att antalet besök för gruppen medicinsk retina har ökat med i genomsnitt cirka 40 procent *de senaste 5 åren*. Spridningen är dock betydande och en del kliniker anger att ökningen varit mer än 100 procent. Antalet besök för gruppen övriga beskrevs också ha ökat under den perioden, men i betydligt lägre takt (cirka 15 procent).

Antalet besök bedöms fortsätta öka under de *kommande fem åren*, men i en långsammare takt, Figur 18. Besök för patientgrupperna inom medicinsk retina bedöms öka med 30 procent, medan gruppen övriga bedöms öka med cirka 15 procent. Den något ovanliga formen på låddiagrammet för medicinsk retina de kommande 5 åren förklaras av att hälften av klinikerna uppskattade ökningen till 20 procent, vilket innebar att lådan blir platt och motsvarar medianvärdet. Övriga klinikers uppskattningar av medicinsk retina blir därmed extremvärden som visas som punkter.



Figur 18. Förändring av antal besök de senaste fem åren samt för de kommande fem åren, per patientgrupp

I fritextsvar framkommer att det finns flera utmaningar med gruppen medicinsk retina som ökar i antal till följd av den åldrande befolkningen, och att det är svårt att ta beslut om att avsluta behandlingen. Några beskriver hur detta riskerar att tränga ut patienter med sjukdomar som inte har lika tydliga krav på uppföljningsrutiner i nationella vårdprogram.

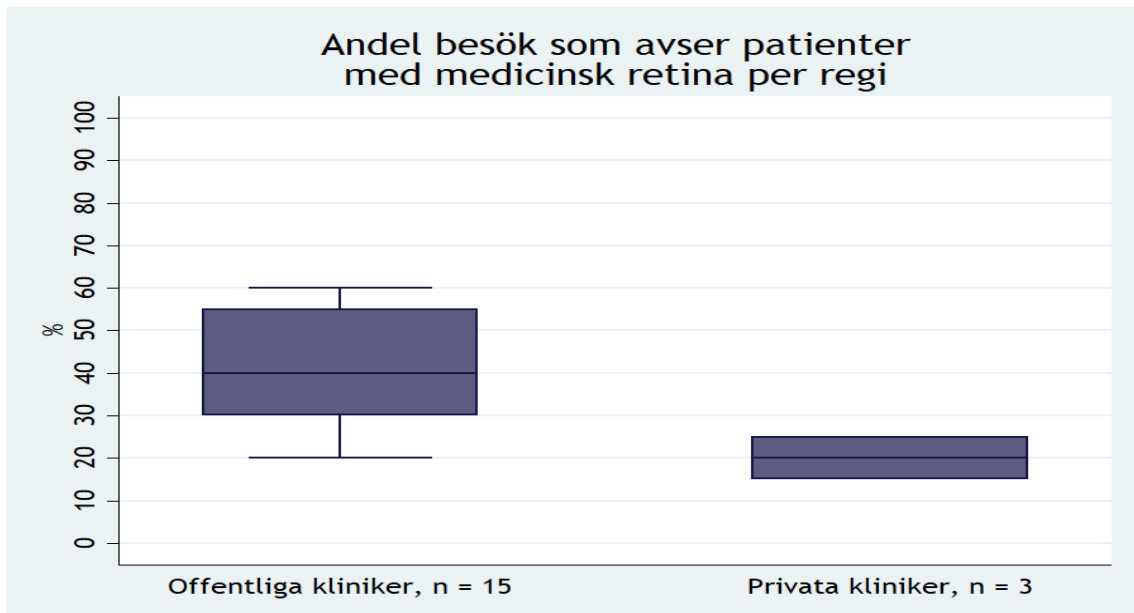
...medicinsk retina som fullkomligt åter upp våra resurser. Det blir undanträngningseffekter.

Upplever att man generellt har svårt att avsluta IVT-behandling som inte ger effekt....

En verksamhetschef (eller motsvarande) för en klinik beskriver också hur kvalitetsregister tittar mer på enskilda ögonsjukdomar, det vill säga vertikalt i silos. Det leder till att det är svårt att se helheten i hur vård inom en sjukdomsgrupp påverkar andra patientgrupper som också har behov. Detta indikerar utmaningar med horisontell prioritering inom ögonsjukvård och indikatorn "Väntetider i vården" föreslås i ett fritextsvar att särskilja mellan olika medicinskt prioriterade grupper.

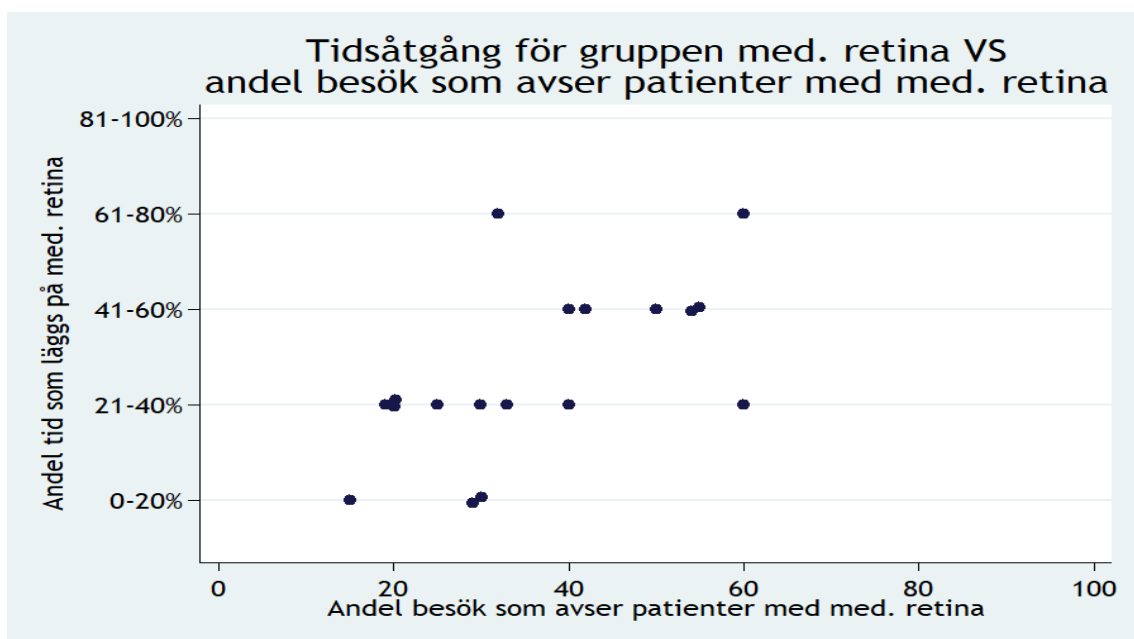
4.3.2 Stor spridning i andel besök till följd av medicinsk retina

Andelen besök som utgörs av gruppen medicinsk retina uppgår i genomsnitt till cirka 35 procent (medelvärde). Andelen är högre bland kliniker som drivs inom offentlig regi och här finns också en större spridning, se Figur 19. För de medverkande klinikerna i offentlig regi anges andelen variera mellan 20 och 60 procent av alla besök, medan för kliniker i privat regi är det mindre variation, mellan cirka 15 och 25 procent.



Figur 19. Andel besök som utgörs av gruppen patienter med medicinsk retina

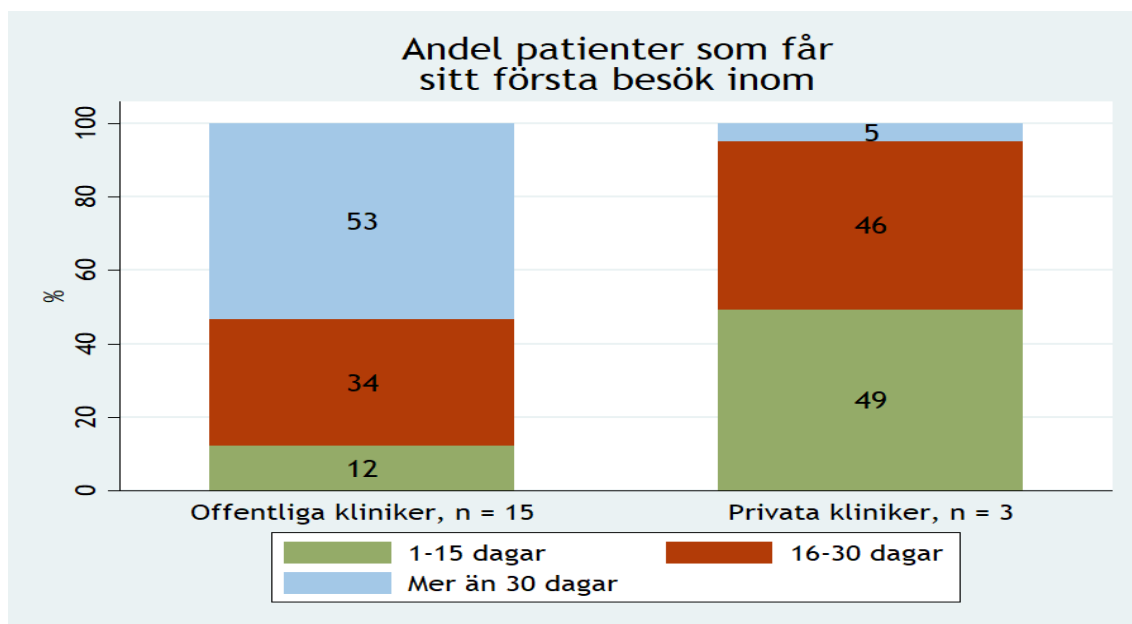
Figur 20 visar att det finns en korrelation mellan andel besök som avser patienter med medicinsk retina och andel tid som läggs på patienter inom medicinsk retina. Samtidigt finns det en del avvikelser i form av kliniker med stor andel tid som läggs på medicinsk retina (61-80 procent) trots en lägre andel besök som avser patienter med medicinsk retina (cirka 30 procent) och vice versa, kliniker med en relativt låg andel tid som läggs på medicinsk retina (21-40 procent) trots en högre andel besök som avser patienter med medicinsk retina (cirka 60 procent). Detta skulle eventuellt kunna indikera skillnader i effektivitet mellan kliniker.



Figur 20. Relation mellan klinikers svar för andel besök respektive andel tid som utgörs av patienter med medicinsk retina

4.3.3 Kapacitetsbrister hanteras genom att skicka vidare patienter och längre väntetider

Kapacitetsbrist kan resultera i längre väntetider till vård. Andelen patienter som får sitt första besök inom 30 dagar är betydligt lägre på kliniker som drivs inom offentlig regi (46 procent) jämfört med på kliniker som drivs inom privat regi (95 procent), se Figur 21. Det ska noteras att frågan gällde alla patienter, oavsett diagnos och behandling. Det framkommer inte i detta sammanhang om det är olika patientsammansättningar och utformning av uppdrag på de olika klinikerna.



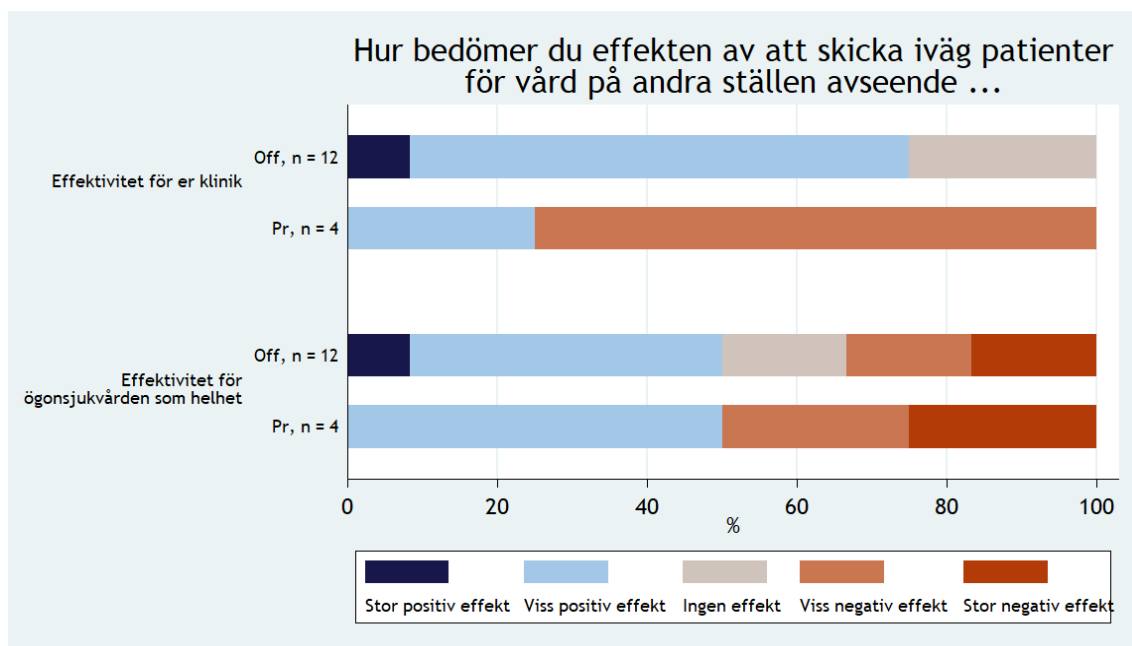
Figur 21. Andel patienter som får sitt första besök på ögonklinik inom en viss tidsintervall

Enligt Vårdgarantin ska en patient få tid för besök inom 90 dagar efter remiss om specialistmottagningen bedömer att det finns behov av specialistvård. Flera kliniker anger att det kan bli nödvändigt att genom samordning skicka iväg patienter för vård hos annan vårdgivare. I fritextsvar framkommer att man ibland skickar vidare patienter på grund av långa köer.

Många patienter åker med vårdgarantin söderut för att våra köer är långa och vi hinner inte erbjuda vård inom 90 dagar.

En majoritet av de offentliga klinikerna (cirka 70 procent) svarar att de givet kapaciteten på deras klinik idag ibland eller mycket ofta skickar iväg patienter för vård på andra ställen för att de inte hinner ta hand om dem i tid, se vidare under avsnitt 4.3.4. De privata klinikerna svarar istället att de aldrig eller sällan skickar iväg patienter på grund av brister i kapacitet. De offentliga klinikerna svarar också i större utsträckning än de privata att de inte kan ta in nya patienter givet dagens kapacitet (40 procent jämfört med 0 procent).

Runt 75 procent av de offentliga klinikerna bedömer att det skulle vara *positivt* för den egna klinikens effektivitet att skicka iväg patienter, medan en majoritet (75 procent) av de privata klinikerna tvärtom anger att detta skulle vara negativt, se Figur 22. Det fanns mer samsyn mellan de olika regiformerna med avseende på hur effektiviteten för ögonsjukvården som helhet påverkas av att skicka iväg patienter.

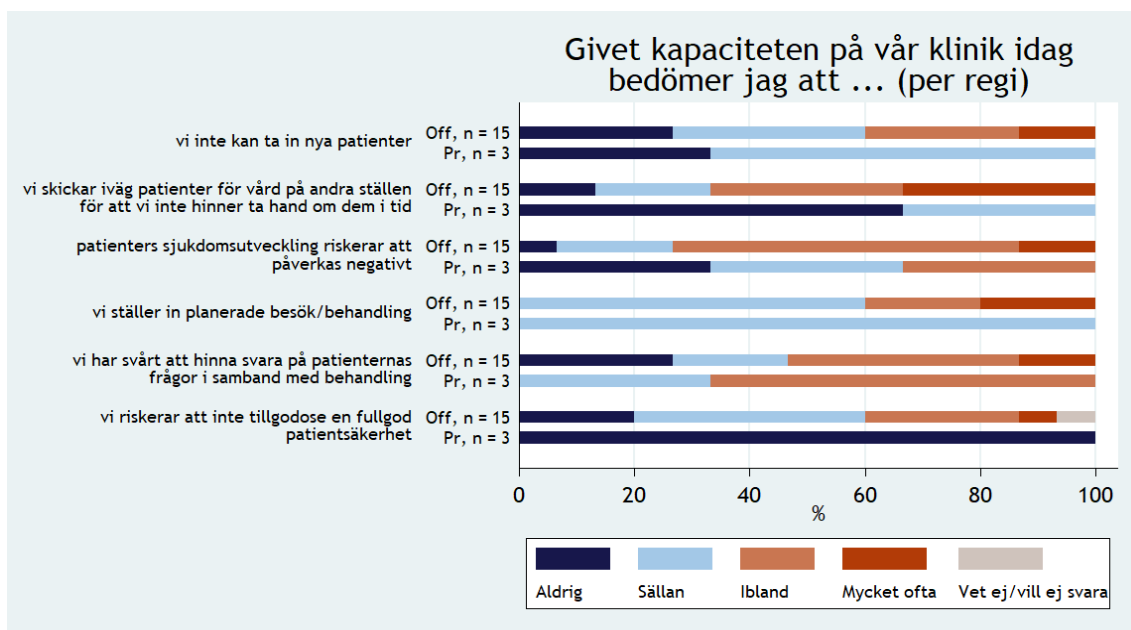


Figur 22. Effekten av att skicka iväg patienter för vård på annan plats, dels på den egna kliniken, dels på ögonsjukvården som helhet

4.3.4 Negativa konsekvenser av kapacitetsbrist anges oftare av kliniker i offentlig regi

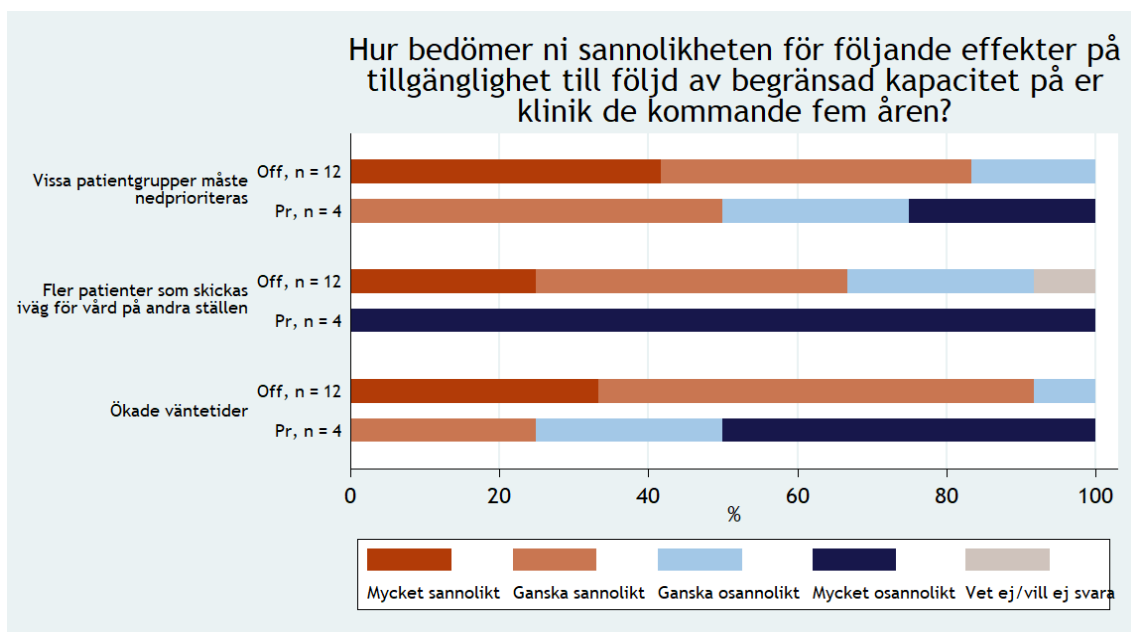
Det finns en betydande variation i hur kapaciteten bedöms påverka vården. En relativt stor andel bedömer dock att begränsningar kan göra det svårt att hinna svara på patientens frågor i samband med behandling. En förhållandevis stor andel av klinikerna i offentlig regi skickar iväg patienter för vård på annat ställe, tar inte in nya patienter, ställer in planerade besök/behandling och anser att de riskerar att inte kunna tillgodose en fullgod patientsäkerhet. Detta förekommer inte alls på de kliniker som drivs i privat regi enligt verk-samhetschefen (eller motsvarande). En anmärkningsvärt stor andel på kliniker i offentlig regi anger att patienters sjukdomsutveckling riskerar att påverkas negativt av begränsad kapacitet. Bland kliniker som drivs inom privat regi är motsvarande andel en tredjedel.

I svaren syns dock inte om det finns skillnader i patientsammansättningar och uppdragets utformning mellan de olika klinikerna.



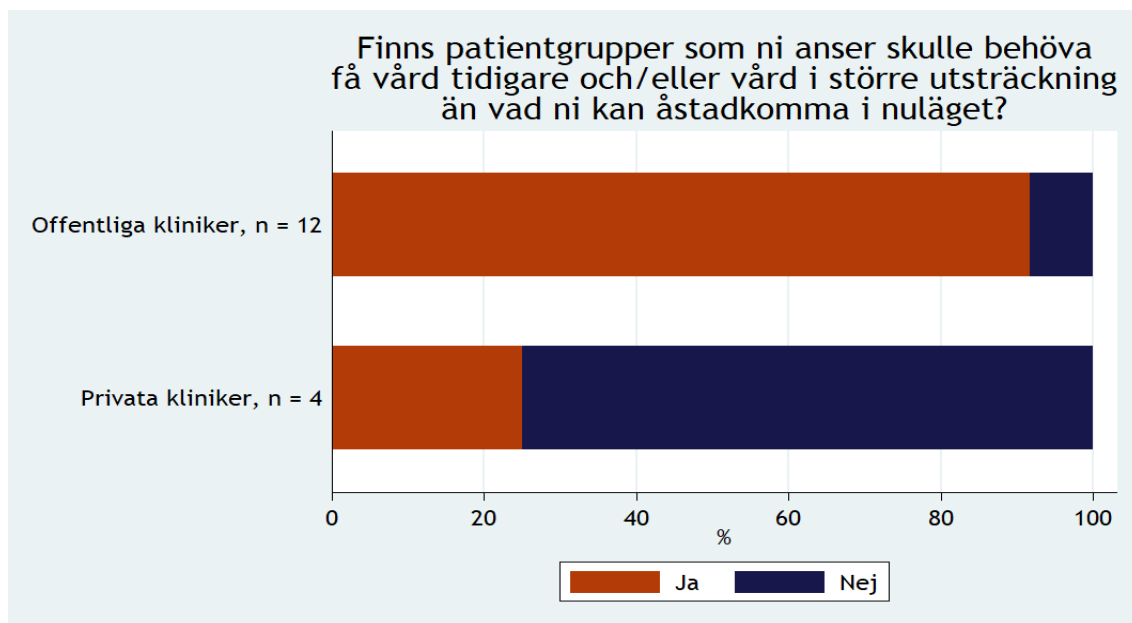
Figur 23. Effekter av kapacitetsbrist

Tidigare resultat i denna rapport har visat att klinikerna bedömer att antalet patienter kommer att öka samtidigt som det är brist på personal. I en uppföljande fördjupande fråga ombads klinikerna att svara på vad de tror om ett antal effekter på tillgänglighet till följd av begränsad kapacitet under de kommande fem åren, se Figur 24. En klar majoritet av kliniker inom offentlig regi, men även en betydande andel av klinikerna inom privat regi, bedömer att kapacitetsbegränsningar under de kommande fem åren kommer kunna innebära att vissa patientgrupper måste nedprioriteras. Nästan samtliga kliniker inom offentlig regi bedömer att väntetiderna kommer behöva öka, medan en klar majoritet av kliniker inom privat regi bedömer detta som osannolikt. En majoritet av de offentliga klinikerna bedömer även att fler patienter kommer behöva skickas iväg för vård på andra ställen. Detta bedöms dock som mycket osannolikt av samtliga privata kliniker.



Figur 24. Effekter på tillgänglighet till följd begränsad kapacitet de kommande fem åren

En majoritet av alla kliniker (75 procent, motsvarande 12 kliniker) anser att det finns patientgrupper som skulle behöva få vård tidigare och/eller vård i större utsträckning än vad de kan ge idag. De offentliga klinikerna anger detta i större utsträckning än de privata, se Figur 25.



Figur 25. Andel kliniker som anser att det finns patientgrupper som behöver vård tidigare eller i större utsträckning

Den grupp som återkommande nämns i fritextsvaren som skulle kunna ha behov av vård tidigare och/eller i större utsträckning är glaukom. Ett annat svar kring vilka grupper inom ögonsjukvård som skulle behöva tidigare eller mer vård lyder:

De flesta patienter utöver vårt AMD

4.4 Stöd och styrning

I inledningen av rapporten beskrevs att produktion och kapacitet påverkas av både tillgängliga resurser i form av personal, lokaler och utrustning, och av styrning som är kopplad till faktorer inom hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Styrning omfattar exempelvis vårduppdragets utformning, budget, ledarskap och kunskap inom hälso- och sjukvården.

4.4.1 IT-system tycks ha vissa problem, medan kvalitetsregister uppfattas mer positivt

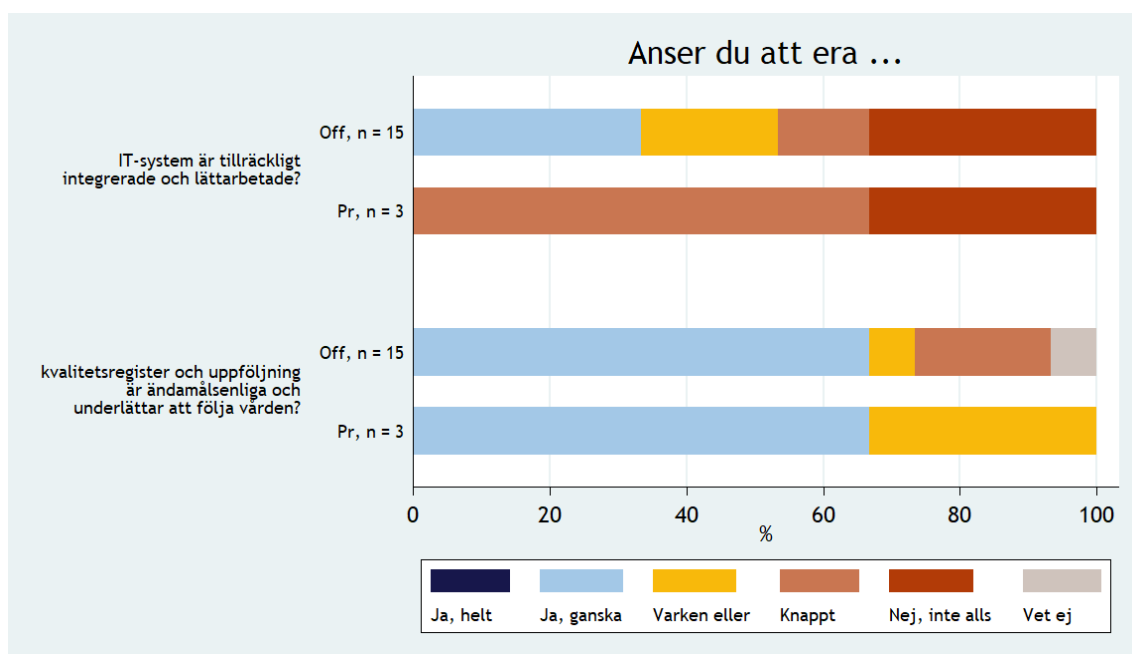
Strax över hälften (55 procent) av de som svarade anser att IT-systemen knappt eller inte alls är tillräckligt integrerade och lättarbetade. Ungefär 30 procent anger att IT-systemen är ganska integrerade och lättarbetade. Kliniker inom privat regi är något mer negativa till IT-systemen jämfört med kliniker i offentlig regi, se Figur 26. Många beskriver i fritextsvar att de måste använda flera olika program och system som inte är synkroniserade med journaler. Exempel som ges är att det är specifika program kopplade till teknisk utrustning som bildbehandlings-system. Det kan också vara separat system för bokning, besök och debitering som leder till att det kräver flera registreringar i olika system, där även trippelregistrering nämns. Den ökade

administrationen för alla medarbetare beskrivs stjäla tid från patientarbetet. I en kommentar poängteras att det är brist på stöd på dessa områden.

Flera system som inte är kompatibla med varandra och kräver dubbeldokumentation.

Uttalad brist på administrativ stöttning och IT-stöd.

En större andel av klinikerna är positiva till kvalitetsregistren och uppföljning där cirka 70 procent anser att registren är ändamålsenliga och underlättar för kliniken att följa vården, Figur 26. Här råder i stort sett samsyn mellan offentliga och privata kliniker. Tre respondenter beskriver i fritextsvaren hur de använder Svenska Makularegistret: en beskriver att det används till uppföljning, en annan till planering och en tredje till att hålla koll på injektioner och rapportera komplikationer. En respondent ansåg att registret var krångligt.



Figur 26. Åsikter kring IT-system och kvalitetsregister

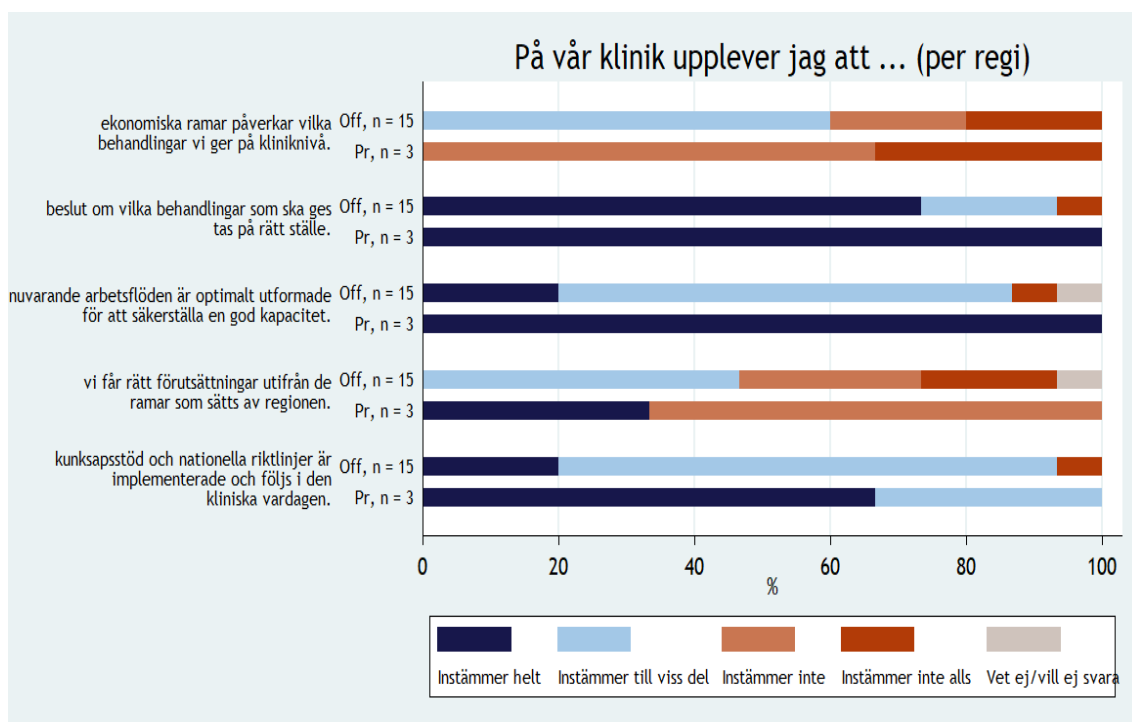
Ett önskemål som framkom i ett fritextsvar var att det borde vara tydligare uppföljning av kvalitetsindikatorer och kriterier för alla aktörer inom samma vårdval.

Vissa kliniker kan därmed ducka vissa typer av patienter och öka andra typer av patienter för att maximera intäkter.

4.4.2 Upplevelser kring stöd och styrning

I enkät 1 gavs ett antal påståenden kring stöd och styrning som klinikerna ombads besvara om de instämde i eller inte, Figur 27. Ingen privat klinik höll med om att *ekonomiska ramar* påverkar vilka behandlingar som ges på den enskilda kliniken, medan något mer än hälften av de offentliga instämde till viss del i det påståendet. Nästan samtliga (95 procent, eller 17 kliniker) instämmer helt eller delvis med att *beslut om vilka behandlingar som ges tas på rätt ställe*. Tittar man uppdelat på privat respektive offentliga kliniker så är de privata något mer positiva där 100 procent (3 kliniker) instämmer helt i det.

De flesta kliniker (cirka 90 procent eller 16 kliniker) instämmer helt eller delvis i påståendet om att *nuvarande arbetsflöden är optimalt utformade* för att säkerställa en god kapacitet. Tittar man uppdelat på privata respektive offentliga kliniker är de privata något mer positiva. Dock anser färre än hälften av de deltagande ögonklinikerna att de får rätt förutsättningar utifrån de *ramar som sätts av regionen*. I frågan specificerades inte vilka förutsättningar som avsågs, vilket innebär att detta kan tolkas brett. Nästan samtliga kliniker (17 av 18) instämde helt eller till viss del med att de upplever att *kunskapsstöd och nationella riktlinjer är implementerade* och följs i den kliniska vardagen på den egna kliniken.



Figur 27. Upplevelser kring stöd och styrning

I fritextsvar beskrivs att offentlig regi inte har samma förutsättningar som privat. En skillnad beskrivs vara att kliniker i privat regi inte behöver förhålla sig till upphandlade leverantörer för exempelvis material, möbler eller bemanningsföretag. Det beskrivs också att det är stora volymer inom ögonsjukvården, vilket gör systemet komplext. Även svårigheterna med den administrativa bördan lyftes.

Förståelsen för ögonsjukvårdens höga patientflöden är undermålig.

Den administrativa bördan hos läkare och vårdpersonal ökar hela tiden.

4.4.3 Ersättningsystemet upplevs påverka privat kapacitet negativt

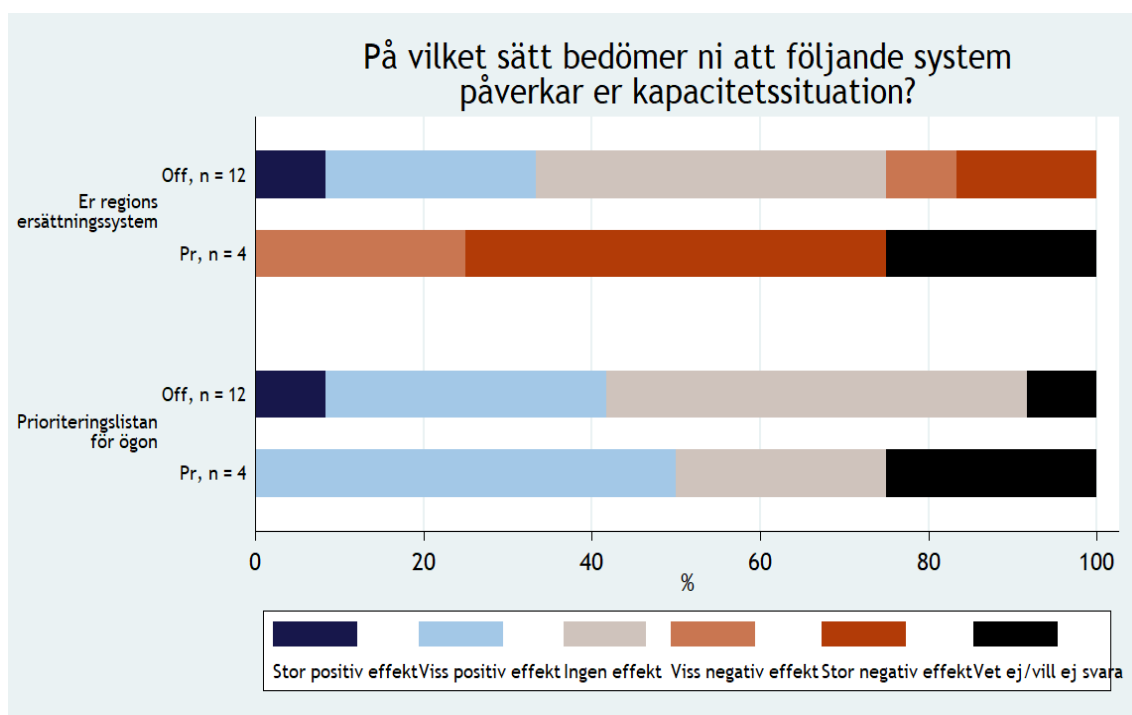
Klinikerna måste förhålla sig både till sin regions ersättningssystem och till prioriteringslistan, vilket kan påverka klinikernas kapacitet, Figur 28. En betydande andel av de privata klinikerna anser att den egna regionens ersättningssystem har viss eller stor negativ effekt på den egna kapacitetssituationen. Kliniker i offentlig regi anger detta i mindre utsträckning. I svaren framkommer att man är relativt positiv till prioriteringslistan som tagits fram av Nationellt

Programområde (NPO) Ögonsjukdomar. Nästan hälften av ögonklinikerna bedömer att denna prioriteringslista har positiv effekt på kapacitetssituationen, och ingen bedömer att den har negativ effekt.

Det framkommer dock i fritextsvar att det finns behov av tydligare diskussioner kring prioriteringar, och även en diskussion kring begränsningar i vård och vilken vård som kan finansieras av skattemedel. Ett förslag som lämnas av en klinik är att prioriteringslistan skulle kunna inkludera en mer horisontell kapacitetsdimension, exempelvis kring hur man prioriterar mellan makula- och glaukompatienter som i prioriteringslistan har samma prioritering och samma angelägenhetsgrad. Det beskrivs att prioriteringslistan visar att makulapatienter är viktiga, men kanske inte viktigare än majoriteten av glaukompatienter.

... listan säger inte så mycket om hur mycket plats dessa stora patientgrupper få ta av hela ögonkakan. De starkt högprioriterade sakerna högre upp på listan som tex svåra näthinneavlossningar, endoftalmiter etc kommer ju alltid till akut oberoende av annat. Men hur prioriterar man sedan de stora prio 2 och 3 patienterna volymmässigt?

Det finns för låg förståelse för ögonsjukvårdens komplexitet hos de som styr och fördelar resurser.



Figur 28. Påverkan på kapacitetssituationen till följd av regionens ersättningssystem samt till följd av NPO Ögonsjukdomars prioriteringslista

I fritextsvar beskrivs också att ersättningsnivåer legat stilla under många år, medan kostnaderna ökat bland annat till följd av inflation. Detta beskrivs öka behovet av att fler besök utförs av sjuksköterskor, framför dyrare läkarbesök.

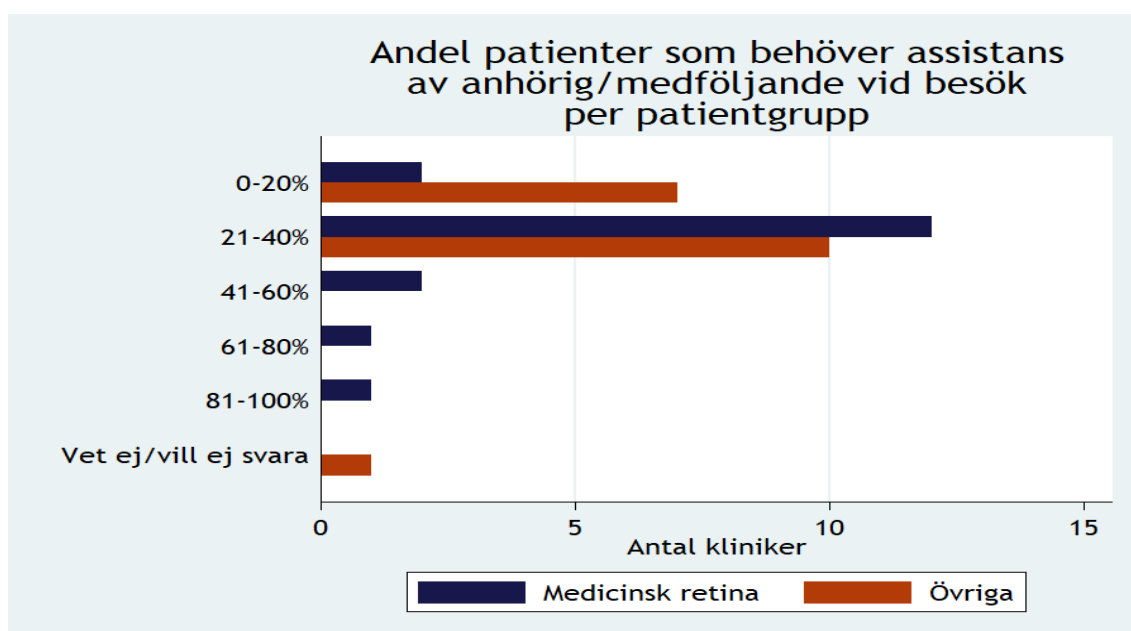
Vår region har inte indexerat några ersättningar, de är de samma som år [x]. Kostnaderna/lönerna har dock inte stått stilla.

Ekonomiskt är vi helt utlämnade till regionens ersättningar som hittills inte tagit hänsyn till kostnadsökningar på material och löner.

4.5 Patient och vårdbehov samt patient- och närståendebörda

Patienter som behandlas med intravitreal injektioner inom gruppen med medicinska retina-sjukdomar är ofta äldre och det framgår av enkätsvaren att den gruppen i större utsträckning behöver assistans av närstående, det vill säga anhörig eller medföljande, jämfört med övriga grupper inom ögonsjukvården, se Figur 29. En femtedel av ögonklinikerna anger att mer än 40 procent av alla med medicinsk retina behöver assistans vid besök till ögonkliniken.

*Många patienter är över 85 år, dementa, har andra sjukdomar.
Kan bli oerhört tungt för anhöriga.*

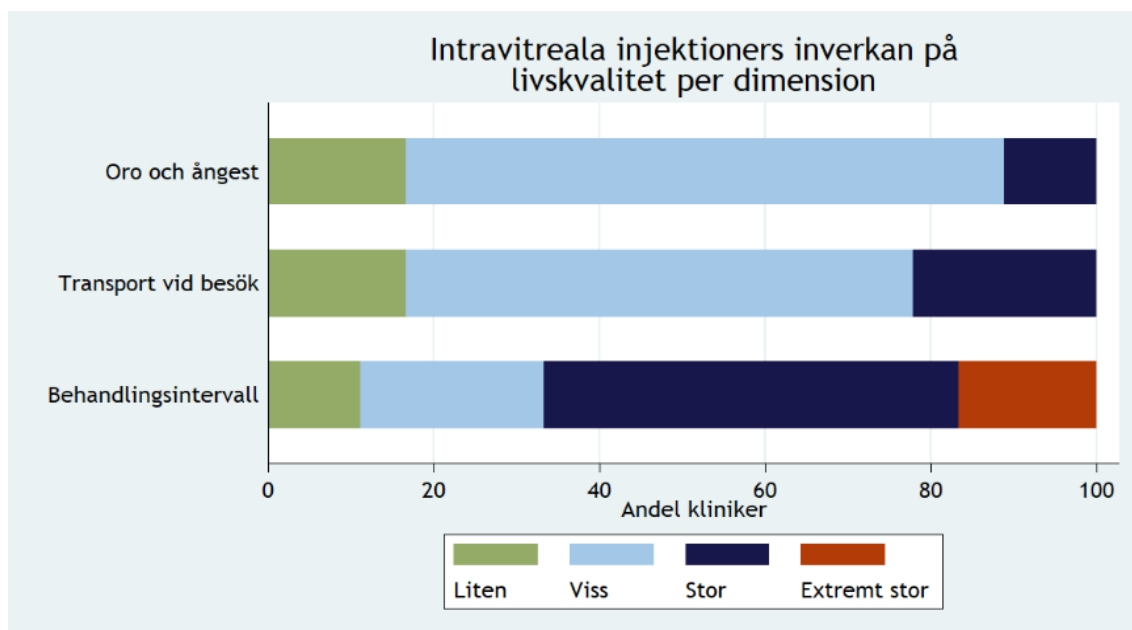


Figur 29. Andel patienter som behöver assistans av anhörig/medföljande vid besök

Klinikerna bedömde vilken inverkan intravitreal injektioner har på livskvalitet för en typisk patient som får denna typ av behandling. Det påverkar också närstående. Livskvaliteten bedömdes påverkas både genom oro och ångest, transport och behandlingsintervall. Den största påverkan bedömdes behandlingsintervall ha, se Figur 30. Samtidigt lyftes också det positiva med behandling fram, då det hjälper synen.

Påtagligt många är nöjda med injektionerna trots obehag och intervall då de är medvetna om konsekvenserna vid icke behandling.

Jobbigt att känna att man är beroende av anhörig så ofta, för anhörig svårt att planera annat, tar ledigt från sitt arbete för att följa med etc.



Figur 30. Intravitrealinjektioners inverkan på livskvalitet

5. Diskussion

Rapporten visar att ögonsjukvården i Sverige har haft en kraftig ökning i antal patienter och besök under de senaste åren. Majoriteten av kliniker förväntar sig dessutom en fortsatt, men avtagande ökning under de kommande åren. Ökningen beror dels på en åldrande befolkning, dels på att nya behandlingsmöjligheter tillkommit för vissa ögonsjukdomar. Som data från Socialstyrelsen visar finns det en diskrepans mellan ökningen i antalet besök inom specialiserad öppen vård för ögonsjukdomar och ökningen av specialistläkare i ögonsjukdomar samt specialistsjuksköterskor. Ökningen av antalet specialistläkare och specialistsjuksköterskor verksamma inom offentlig hälso- och sjukvård var dessutom lägre än inom privat sektor, vilket kan förstärka kapacitetsproblemet inom offentlig sektor.

Det finns i huvudsak tre sätt för sjukvården att svara på ett ökat vårdbehov: (1) genom att öka "utbudet" via ökade hälso- och sjukvårdsutgifter, det vill säga *större budget* för att köpa in mer resurser i form av till exempel personal och lokaler, (2) genom att minska "efterfrågan" genom och att *ta in färre patienter*, det vill säga skicka vidare patienter och/eller förlänga väntetider i kö, eller (3) genom *effektivisering* så att mer vård kan ges med befintliga resurser. Denna studie visar att samtliga tillvägagångssätt används för att svara på det ökade vårdbehovet inom ögonsjukvården.

Ökade resurser

Antalet kliniker och läkare inom ögonsjukvården har ökat över tid, vilket indikerar att budgeten ökat. Samtidigt har antalet besök och behandlingar blivit fler. Detta visar att det går att delvis möta upp det nya vårdbehovet med en ökad budget. Enkätundersökningen visar dock på en personalbrist hos samtliga kliniker som till stor del har att göra med rekryteringsproblem, och lokalbrister som inte kan lösas under överskådlig tid eftersom kliniken är stationerad i en existerande byggnad. I dessa fall kan tillförande av pengar inte lösa problemet. En del kliniker nämner dock att budget är en begränsning och relativt stor andel anser inte att de har rätt förutsättningar utifrån de ramar som sätts av regionen.

En ytterligare utmaning är att de pengar som tillförs inte nödvändigtvis går till det som genererar mest hälsa. Finansiell styrning i form av ersättningssystemet kan, beroende på utformning, ge incitament till att ge icke-medicinskt motiverad vård, till exempel onödiga uppföljningsbesök. I dessa fall löser inte heller mer pengar problemen utan snarare förvärrar dem. Det är därför viktigt att följa upp effekt och utfall av vård. De offentliga klinikerna är dock övervägande positiva till regionens ersättningssystem medan privata kliniker är övervägande negativa.

Mindre eller fördröjd vård

Enkätundersökningen visar också att många offentliga kliniker försöker hantera kapacitetsbristen genom att skicka vidare patienter för vård på annat ställe och bedömer att detta kommer fortsätta ske under de kommande fem åren. Privata kliniker skickar sällan eller aldrig vidare patienter och ser inte att detta är något som kommer ske i framtiden som ett sätt att öka kapacitet. De offentliga klinikerna har också längre väntetider än de privata och bedömer i högre utsträckning att väntetiderna kommer öka i framtiden för att hantera kapacitetsbrister. En stor andel av de offentliga klinikerna anser att det finns patientgrupper som skulle behöva få vård tidigare och/eller vård i större utsträckning än vad som ges i nuläget. En majoritet anser också att patientens sjukdomsutveckling kan påverkas och 30 procent anser att patient-säkerheten inte alltid kan tillgodoses. Nästan samtliga offentliga kliniker bedömer det som

sannolikt att vissa patientgrupper måste nedprioriteras i framtiden för att hantera kapacitetsbrist. Genomgående anger privata kliniker färre problem inom dessa områden. Skillnaden kan eventuellt bero på olika uppdrag. Inom LOV har offentliga och privata kliniker samma uppdrag, men de offentliga klinikerna måste därutöver ta hand om den ögonsjukvård som ligger utanför LOV. De privata ögonklinikerna kan därmed sägas ha ett mer avgränsat uppdrag. Generellt ges dock tydliga signaler om att ögonsjukvården som helhet har kapacitetsbrister som leder till att man bedömer att man inte fullt ut kan tillgodose patienternas behov idag, och inte heller under de kommande fem åren.

Mer vård för samma resurser

Enkätundersökningen visar att vissa försök till effektivisering har genomförts för att möta det ökade vårdbehovet. Uppgiftsväxling har skett och nya arbetsprocesser har införts. Att uppgiftsväxla genom att sjuksköterskor ger de intravitreal injektionerna i stället för läkare har visat sig kunna ge en viss kostnadsminskning samt frigöra läkarens tid för andra insatser (36). I enkätsvar lyftes också en idé om en mer centraliserad styrning, där en huvudklinik leder andra mindre enheter för att skapa en mer sammanhållen och effektiv vårdstruktur.

En majoritet av klinikerna bedömer att det finns möjlighet till ytterligare effektivisering på personalsidan under de kommande fem åren. På lokalsidan framkommer att kliniker byggt injektionsrum för att öka kapaciteten och undvika utträngning av operationer. De offentliga klinikerna bedömer att det är svårt att göra ytterligare effektivisering på lokalsidan då det bland annat kräver stora investeringar och kan begränsas av sjukhusens lokalisering och förutsättningar för ombyggnation. Klinikerna nämner att effektivisering i framtiden också kan förväntas ske genom medicinsk och teknologisk utveckling, exempelvis genom längre behandlingsintervall eller annan administrationsform som ögondroppar istället för injektioner, eller ökad digitalisering och artificiell intelligens (AI) som stöd vid bedömning och administration. Längre behandlingsintervall och/eller annan administrationsform kan också ha en positiv effekt för patienternas livskvalitet. Studien visade att behandlingsintervallet bedömdes ha störst negativ inverkan på livskvalitet. Vidare skulle det också kunna minska bördan på närstående och/eller omsorgsgivare som ofta hjälper till och kör patienten till behandlingen.

Alternativkostnaden av fortsatt ökat vårdbehov inom ögonsjukvården

Studien visar att det ökade vårdbehovet till viss del kan hanteras genom att tillföra resurser och öka "utbud". Alternativkostnaden består då i lokalkostnader och personalkostnader. Om pengarna tas från en fast hälso- och sjukvårdsbudget kan dock även hälsoförluster uppstå i andra medicinska områden som får mindre resurser. Enkätundersökningen visar dock att det i dagsläget finns begränsningar i hur mycket mer man kan öka produktiviteten genom att tillföra resurser. Detta beror på att det saknas personal med specialistutbildning, vilket gör att det inte går att rekrytera även om pengarna finns. Det finns också en begränsad möjlighet att bygga om lokaler i existerande sjukhusbyggnader. Slutligen nämns en del brister i ersättningssystem och kvalitetsuppföljning som gör att pengar inte alltid används där de gör mest nytta.

Begränsningen i att inte fullt ut kunna lösa ökat vårdbehov genom tillskjutande av resurser, innebär att detta behöver lösas antingen genom att använda tillgängliga resurser mer effektivt eller genom att begränsa produktionen. Studien visar tydligt att klinikerna har gjort en hel del för att effektivisera och att de flesta bedömer att mer går att göra inom överskådlig framtid. Trots detta är det en stor andel av de offentliga klinikerna som bedömer att de inte kan ge vård i den utsträckning som behövs och att detta problem kommer kvarstå under de kommande fem åren. Flera kliniker försöker hantera detta genom att skicka iväg patienter för vård på annat

ställe. Samtidigt är patientgrupperna ofta äldre och sköra och i behov av assistans för att ta sig till sjukvården. Detta kan innebära att det uppstår en betydande resekostnad i samband med besöken.

Sammanfattningsvis visar denna studie att alternativkostnaden av resursanvändning inom ögon-sjukvården inte bara kan sökas via priser. Det finns tydliga indikationer på att kapaciteten är otillräcklig för att möta vårdbehovet och att detta får konsekvenser i produktionen. Vilka konsekvenser som uppstår och hur stora konsekvenserna blir beror på flera faktorer, framför allt kliniken tillgängliga resurser, möjligheten att skicka vidare patienter, och möjligheten att effektivisera, se Tabell 1.

Tabell 1. Sammanfattning av alternativkostnaden av olika sätt att hantera ett ökat vårdbehov inom ögonsjukvården

	Exempel	Begränsning	Kostnad
 Tillföra resurser/ Öka "utbudet"	Fler kliniker Mer personal Ombyggnation	Personal utbildas inte i tillräcklig utsträckning Lokal kan inte byggas om Pengar används inte där de ger mest nytta	Lokalkostnad Personalkostnad Risk för minskad hälsa inom andra områden
 Öka produktion med tillgängliga resurser	Uppgiftsväxling Injektionsrum Injektionsdagar	Personal tillgänglig och villig (arbetsmiljö) Lokaler möjliga att bygga om Patientsäkerheten	Utbildningskostnad Ombyggnadskostnad Risk för minskad hälsa
 Begränsa produktion/ Minska "efterfrågan"	Ökade väntetider Skickar vidare patienter till andra kliniker	Vårdgaranti Vårdbehov Patientsäkerheten	Reskostnader Assistanskostnader Risk för minskad hälsa

Olika förutsättningar och möjligheten att jämföra

Det framkommer i enkätsvaren att synen på situationen inom ögonsjukvården skiljer sig åt bland de kliniker som deltagit i studien. Kliniker i offentlig regi tycks ha en något mer ansträngd situation sett till antal patienter per personal och rum.⁴ En bidragande orsak skulle kunna vara att de offentliga inte kan avböja några patientgrupper samt att de som huvudman har utbildningsansvar för både läkare och sjuksköterskor. Detta påverkar både kostnaderna och produktiviteten. Olika kliniker kan ha olika förutsättningar där patientpopulationen varierar med avseende på diagnos, svårighetsgrad och ålder. Det kan också finnas skillnader i geografi, personal och teknik. Det blir därmed inte helt rättvisande att jämföra klinikers produktion rakt av, utan man måste ta hänsyn till olika förutsättningar.

Uppdragets omfattning kan se olika ut hos olika kliniker. LOV kan visserligen omfatta kliniker i både privat och offentlig regi, men LOV:s avgränsade uppdrag och tillhörande ersättning för de utvalda ögonområdena gäller i praktiken bara de privata. Orsaken är att det offentliga alltid har kvar sitt ordinarie uppdrag på ögonområdena utanför LOV-uppdraget (samt utbildnings-

⁴ Antalet privata kliniker i denna undersökning är litet så resultatet för den gruppen bör tolkas med viss försiktighet. Tre privata kliniker deltog i enkät 1, medan fyra privata kliniker deltog i enkät 2.

ansvaret). Detta medför att kliniker verkar under olika förutsättningar. En privat klinik under LOV kan ha ett avgränsat ansvar för ett specifikt medicinskt område och få ersättning för den vård de ger, medan en offentlig klinik har ett ansvar för samtliga medicinska områden och har för stora delar av sin verksamhet en fastställd budget. Dessa skillnader kan leda till större kapacitetsproblem på offentliga kliniker.

I Region Stockholm valde man i slutet av 2024 att gå över från LOV till LOU och centralisera till fem stora kliniker med ansvar för samtlig ögonsjukvård. Resonemangen bakom denna övergång tyder på att man inom Region Stockholm ser att ett system med LOV riskerar att skapa ojämlika villkor och skeva incitament genom uppdrag som inte omfattar all ögonvård (37, 38).

Dessa olika grundförutsättningar kring framför allt patientsammansättning och ersättning skulle delvis kunna förklara de skillnader vi sett i olika frågor kring effekten av att skicka iväg patienter. En majoritet (75 procent) av de privata klinikerna svarade att de bedömde att det blev en viss negativ effekt för den egna kliniken av att skicka iväg patienter för vård på andra ställen, medan klinikerna inom offentlig regi ansåg att detta var positivt för den egna kliniken (Figur 22). Detta skulle eventuellt kunna vara relaterat till att ersättningen för de privata är kopplat till LOV-uppdraget medan offentliga kliniker, även om de omfattas av LOV, också har uppdraget utanför LOV, det vill säga att hantera samtliga ögonsjukdomar och en budget avsatt för det. Det framkommer också i svaren att det endast är offentliga klinikerna som anger att de givet kapaciteten på sin klinik idag behöver skicka iväg sina patienter på andra ställen för att de inte hinner ta hand om dem i tid (Figur 23). Inga av de privata klinikerna angav att de skickade iväg patienter till följd av kapacitetssituationen.

Samma skillnad i svar mellan offentliga och privata kliniker syns för frågan om hur de bedömde effekterna av tillgänglighet till följd av kapacitetsbrist de kommande fem åren (Figur 24). Nära 70 procent av de offentliga klinikerna bedömer det som mycket eller ganska sannolikt att de under de närmaste fem åren, till följd av begränsad kapacitet, kommer att behöva skicka iväg patienter för vård på andra ställen. Samtliga (100 procent) privata kliniker bedömde detta som mycket osannolikt. På samma sätt svarade nästan samtliga (nära 90 procent) av de offentliga klinikerna att de såg det som sannolikt att vissa patientgrupper måste nedprioriteras under de kommande fem åren. Motsvarande andel bland de privata klinikerna var betydligt lägre.

Detta mönster av svar kan jämföras med hur klinikerna besvarade frågan om hur klinikerna bedömde att deras regions ersättningssystem påverkade klinikens kapacitet. Ungefär 75 procent av de privata klinikerna bedömde att regionens ersättningssystem hade viss eller stor negativ effekt på den egna klinikens kapacitetssituation, medan endast cirka 25 procent av de offentliga klinikerna ansåg samma sak (Figur 28).

Ögonsjukvården har haft en snabbt och kraftig ökning av vårdbehov under de senaste åren, där resurssammansättningen bland annat avseende personal inte följt med i samma takt. Ögonsjukvården är komplex och har ett stort flöde av patienter som inte kan "betas av" genom engångsinsatser som exempelvis höftledsoperationer, eftersom ögoninjektioner och tillhörande undersökningar ofta måste ske med relativt täta intervall och livet ut. Sammanfattningsvis framkommer en bild av att klinikerna inom svensk ögonsjukvård har olika förutsättningar, bland annat avseende tillgång till resurser, vårduppdragets omfattning, patientsammansättning, ersättningssystem och utbildningsansvar. Detta medför att ökade vårdbehov och kapacitetskrav får olika konsekvenser resursmässigt. Av dessa anledningar vore det intressant att undersöka vidare exempelvis hur ersättningssystemen inom ett urval av regioner ser ut och hur de påverkar kliniker med olika förutsättningar och deras kapacitet.

Begränsningar

Resultaten i denna rapport bygger på en enkätundersökning. Svarsfrekvensen var runt 30-40 procent vilket innebär att svaren inte representerar samtliga ögonkliniker. Antalet svar från privata kliniker var dessutom väldigt få. Samtliga sjukvårdsregioner var dock representerade. Enkäten skickades till verksamhetschef (eller motsvarande) men kunde besvaras av annan personal. I enkäten ställdes ingen fråga om vem som besvarade enkäten.

Slutsats och framtida studier

Studien visar att det finns kapacitetsbegränsningar inom svensk ögonsjukvård och att dessa begränsningar kan ha en påverkan på klinikernas möjlighet att hantera vårdbehovet vilket i förlängningen kan skapa hälsoförluster. Studien visar dock också att kapacitetsbegränsningen varierar mellan kliniker med olika förutsättningar, och att kapacitetsbegränsningar i viss mån kan hanteras genom effektivisering. För att komma fram till en rättvisande alternativkostnad av resurser inom ögonsjukvården räcker det inte att titta på priser, utan det krävs att man även beaktar eventuella indirekta konsekvenser i form av potentiellt förlorad hälsa och ökade kostnader för kapacitetshantering (reskostnader, utbildningskostnader, ombyggnadskostnader).

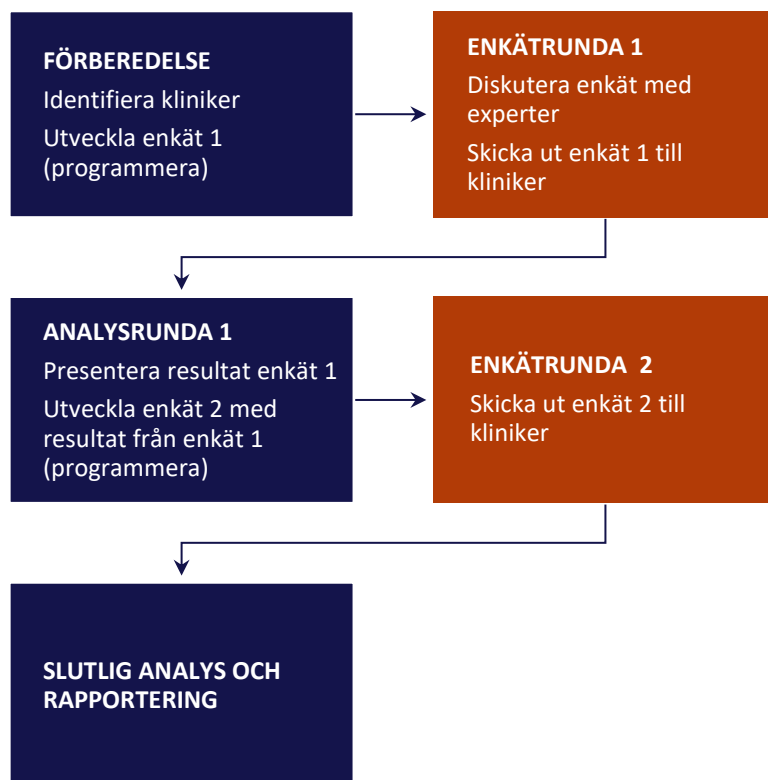
En frågeställning av intresse för framtida studier inkluderar bland annat hur mycket klinikerna varierar i produktivitet och varför de varierar, till exempel genom att använda en kombination av register och enkätdata. En annan frågeställning är hur en mer korrekt alternativkostnad kan skattas vid införande av nya åtgärder inom ögonsjukvården, till exempel genom någon form av dynamisk modellering som tillåter hänsyn till både förflyttning av patienter och effektivisering på kliniken.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)
2. Dalia M, Magnus G. Fördröjd vård är den vanligaste avvikelser inom ögonsjukvården. Läkartidningen. 2019;116.
3. Makularegistret S. Årsrapport 2023. 2024.
4. Statistikdatabas för diagnoser [database on the Internet]. Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx.
5. Socialstyrelsen. Kapaciteten i sjukvården - att hantera kritiska lägen. 2018.
6. Socialstyrelsen. Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024 Nationella planeringsstödet 2025 - Delrapport 2. 2025.
7. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal [database on the Internet]. 2025 [cited 2025-04-29]. Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx
8. Socialstyrelsen. Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Delredovisning av regeringsuppdrag. 2024.
9. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens kapacitetsökningsförmåga - Nationellt kunskapsstöd. 2023.
10. Socialstyrelsen. Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning. 2025 [updated 2025-03-21]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/stod-for-produktions--och-kapacitetsstyrning/>
11. Turner HC, Sandmann FG, Downey LE, Orangi S, Teerawattananon Y, Vassall A, et al. What are economic costs and when should they be used in health economic studies? Cost Eff Resour Alloc. 2023;21(1):31.
12. van Baal P, Morton A, Severens JL. Health care input constraints and cost effectiveness analysis decision rules. Soc Sci Med. 2018;200:59-64.
13. Hernandez-Villafuerte K, Zamora B, Towse A. Issues Surrounding the Estimation of the Opportunity Cost of Adopting a New Health Care Technology: Areas for Further Research 2018 [cited 2025 18 mars]. Available from: <https://www.ohe.org/wp-content/uploads/2018/08/Issues-Surrounding-the-Estimation-of-the-Opportunity-Cost-of-Adopting-a-New-Health-Care-Technology.pdf>.
14. Lindgren P, Althin R. Something borrowed, something new: measuring hospital performance in the context of value based health care. Eur J Health Econ. 2021;22(6):851-4.
15. Thokala P, Duarte H, Wright S, Husereau D, Durand-Zaleski I, Lindgren P, et al. Incorporating Resource Constraints in Health Economic Analyses: Overview and Methodological Considerations Submitted - not yet published 2024
16. Hartwig S, Uhari M, Renko M, Bertet P, Hemming M, Vesikari T. Hospital bed occupancy for rotavirus and all cause acute gastroenteritis in two Finnish hospitals before and after the implementation of the national rotavirus vaccination program with RotaTeq(R). BMC Health Serv Res. 2014;14:632.
17. Heinsbroek E, Hungerford D, Cooke RPD, Chowdhury M, Cargill JS, Bar-Zeev N, et al. Do hospital pressures change following rotavirus vaccine introduction? A retrospective database analysis in a large paediatric hospital in the UK. BMJ Open. 2019;9(5):e027739.
18. Standaert B, Alwan A, Strens D, Raes M, Postma MJ. Improvement in hospital Quality of Care (QoC) after the introduction of rotavirus vaccination: An evaluation study in Belgium. Hum Vaccin Immunother. 2015;11(9):2266-73.
19. Li T, Bardunov V, Bühner C, Cox O, Postema R, Bagijn M. Seeing the Bigger Picture: How Capacity Constraints Impact Value 2024 [cited 2025 18 mars]. Available from: <https://www.ispor.org/publications/journals/value-outcomes-spotlight/vos->

- [archives/issue/view/value-assessments/seeing-the-bigger-picture--how-capacity-constraints-impact-value.](#)
20. Li T, Berdunov V, Hamilton R, Rojas YG, Buhner C, Cox O, et al. Economic Assessment in Resource-Constrained Systems: Individual-Level Simulation Model in Wet Age-Related Macular Degeneration and Diabetic Macular Oedema. *Ophthalmol Ther.* 2024;13(10):2577-97.
 21. Karlsberg Schaffer S, Sussex J, Hughes D, Devlin N. Opportunity costs and local health service spending decisions: a qualitative study from Wales. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:103.
 22. Svenska Makularegistret. Årsrapport 2022. 2023 [cited 2024 May 28]. Available from: <https://makulareg.se/publikationer/arsrapporter>.
 23. Götalandsregionen V. Genomlysning av ögonsjukvården i Västra Götalandsregionen 2022. Koncernkontoret. Diarienummer: HS 2021-00154-12 Datum: 2022-06-30.
 24. Vinge E, Bro T. Treatment burden on patients receiving intravitreal anti-VEGF for wet age-related macular degeneration. *Acta Ophthalmol.* 2024;102(4):478-82.
 25. Reitan G, Kjellefold Haugen IB, Andersen K, Bragadottir R, C. B. Through the Eyes of Patients: Understanding Treatment Burden of Intravitreal Anti-VEGF Injections for nAMD Patients in Norway. *Clin Ophthalmol.* 2023(17):1465-74.
 26. Prioriteringscentrum. Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård - Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar. Rapport 2023:2. 2023.
 27. Nationella programområdet NPO Ögonsjukdomar. Medicinska prioriteringar inom ögonsjukvården. 2022.
 28. Nationella programområdet NPO Ögonsjukdomar. Handläggning av medicinska retinapatienter under Covid-19. Utarbetat av NAG Medicinsk retina. Godkänt av NPO Ögonsjukdomar 200416. 2020.
 29. Andersson F, Janlöv N, Rehnberg C. Konkurrens, kontrakt och kvalitet - hälso- och sjukvård i privat regi. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys ESO-rapport 2014:5. 2014.
 30. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Styrning och organisering av svensk (ögon-)sjukvård. Nationella Kataraktregistrets användarmöte och kirurgdag 2021-11-11. 2021.
 31. Hitta LOV-uppdrag. Verksamhetsområde Ögonvård. [database on the Internet]. Available from: <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/hitta-lov-uppdrag/?query=&fetch=10&FacetBusinessAreas=41>.
 32. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Valfrihetssystem, LOV. Available from: <https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/styraleda/driftformer/valfrihetssystem.71758.html>.
 33. Lindgren P. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. 2014.
 34. Morell F, Esser D, Lim J, Stowasser S, Villacampa A, Nieves D, et al. Treatment patterns, resource use and costs of idiopathic pulmonary fibrosis in Spain--results of a Delphi Panel. *BMC Pulm Med.* 2016;16:7.
 35. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021;11(4):116-29.
 36. Bolme S, Austeng D, Morken TS, Follestad T, V. H. Cost consequences of task-shifting intravitreal injections from physicians to nurses in a tertiary hospital in Norway. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(229).
 37. Carpmann A. Ny modell för ögonsjukvård i Stockholm. *Dagens Medicin.* 2024.
 38. Tottmar M. Region Stockholm slopar vårdval för specialiserad ögonsjukvård. *Dagens Nyheter.* 2023.

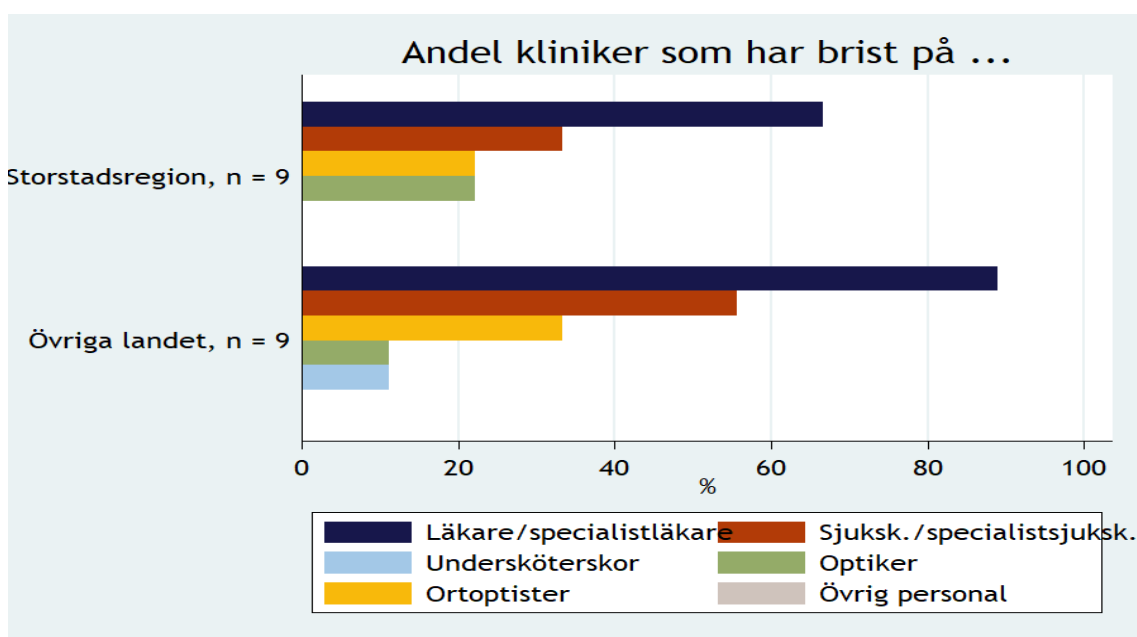
Bilaga 1: Studieupplägg



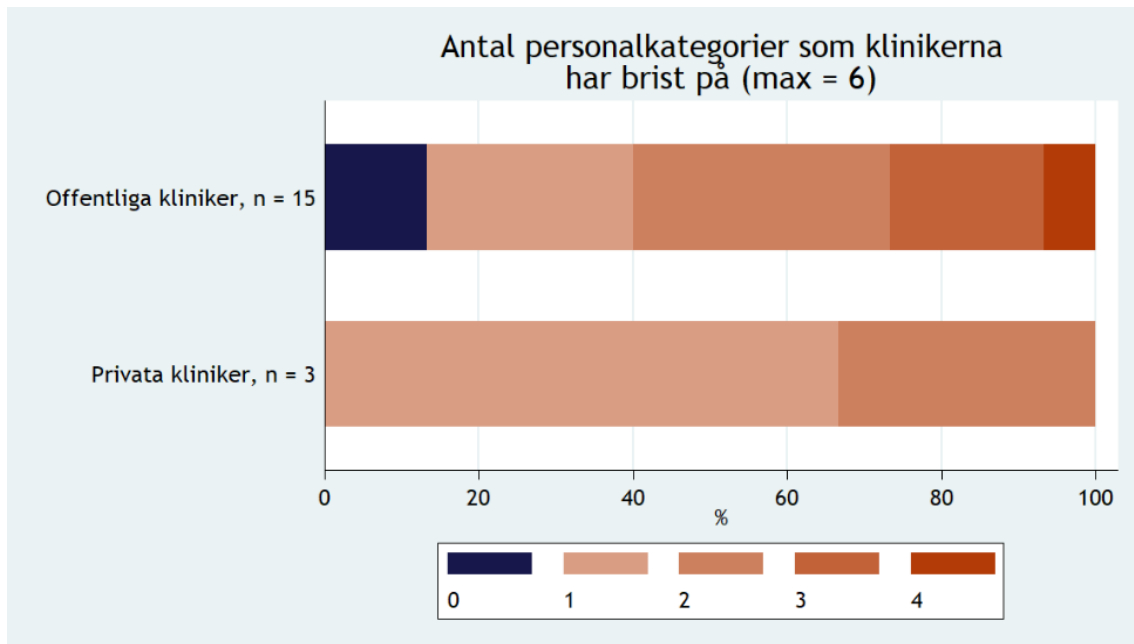
Bilaga 2: Figurer

Tabell 2. Antal svar på enkät 1 fördelat på sjukvårdsregion

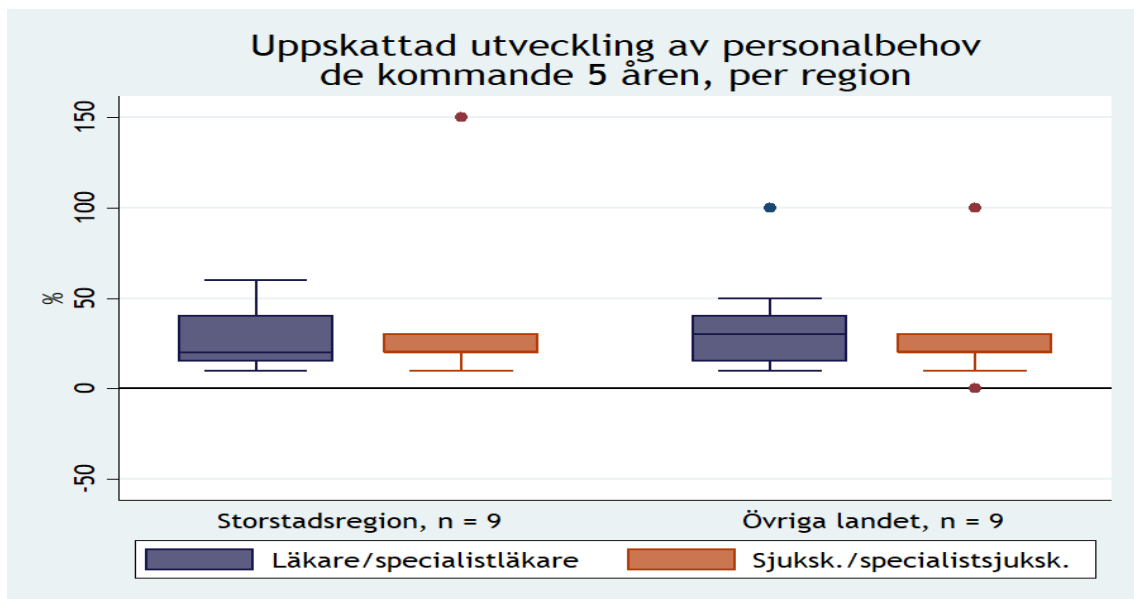
Sjukvårdsregionen	Antal
Norra	2
Mellansverige	4
Stockholm-Gotland	2
Västra	2
Sydöstra	2
Södra	6
Totalt	18



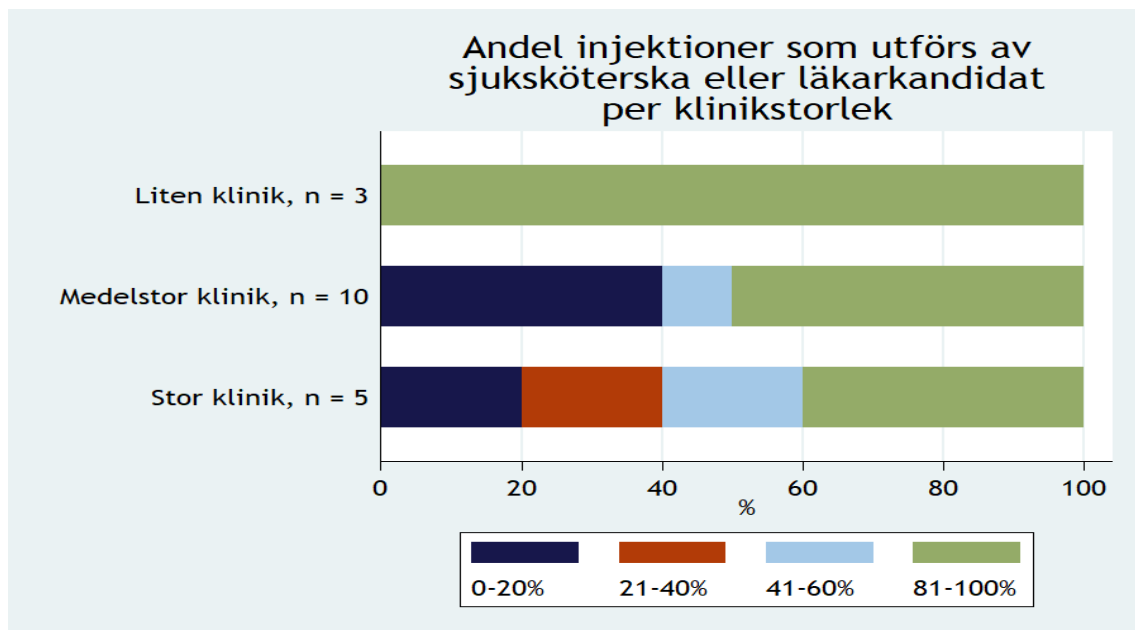
Figur 31. Andel kliniker med brist, storstadsregion (Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne) respektive övriga landet



Figur 32. Antal personalkategorier som kliniker har brist på

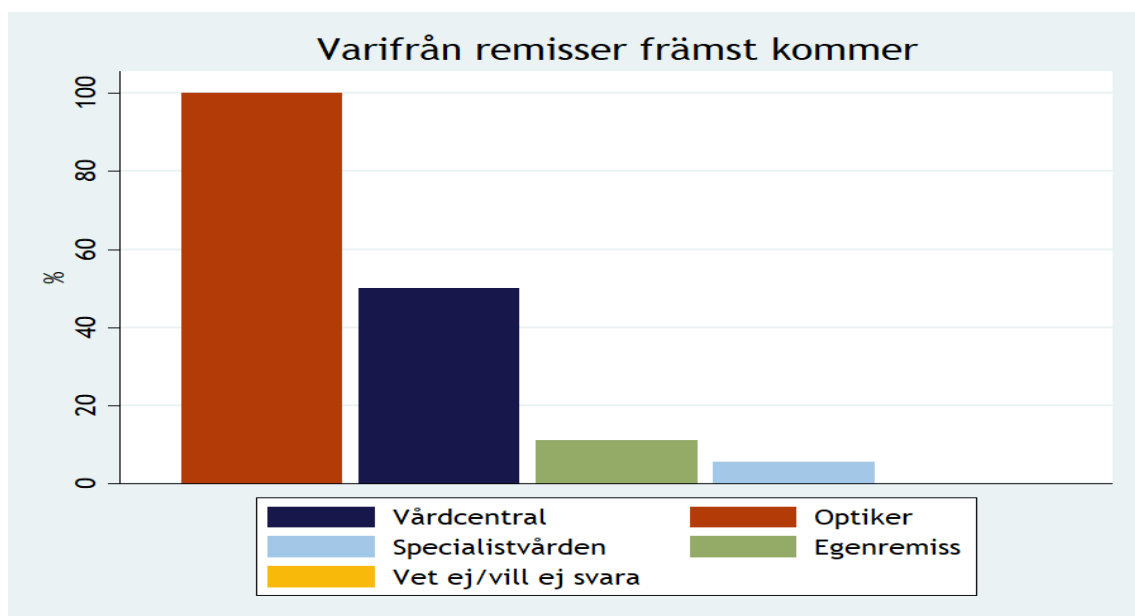


Figur 33. Behovet av läkare respektive sjuksköterskor de kommande fem åren, storstadsregion (Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne) respektive övriga landet



Figur 34. Figur B: Andel av intravitrealinjektioner som utförs av sjuksköterska eller läkarkandidat uppdelat på klinikstorlek*

*En liten klinik motsvarar 1-10 000 aktiva patienter, en medelstor klinik motsvarar 10 001-20 000 aktiva patienter och en stor klinik motsvarar mer än 20 000 aktiva patienter.



Figur 35. Vilka vårdgivare som främst skickar remiss till ögonklinikerna

Bilaga 3: Enkät 1



Bakgrund och syfte med studien:

Syftet med denna studie är att kartlägga utmaningar och behov kopplat till kapacitet inom ögonsjukvård i Sverige. Resultatet kommer att publiceras i en rapport och ska bland annat kunna användas som underlag för dialog med beslutsfattare. Studien genomförs av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) på uppdrag av Roche.

Hur dina svar hanteras:

Enkät svar kommer att samlas in från alla personer som besvarar enkäten och som samtycker till att enkätsvaren samlas in. All information behandlas konfidentiellt och enligt Dataskyddslagen (GDPR) <https://www.imy.se/verksamhet/dataskydd>. Resultat kommer att redovisas aggregerat och enskilda kliniker kommer inte att kunna identifieras i sammanställningen av enkätsvaren, utan redovisas istället exempelvis per sjukvårdsregion.

Frågor om studien:

Om du har några frågor om undersökningen är du välkommen att kontakta Katarina Gralén via e-post katarina.gralen@ihe.se



Avdelning A: Inledande frågor om er klinik/ögonverksamhet

A1.

Vilken region tillhör er klinik?

- Region Stockholm ☐
- Region Uppsala ☐
- Region Sörmland ☐
- Region Östergötland ☐
- Region Jönköpings län ☐
- Region Kronoberg ☐
- Region Kalmar län ☐
- Region Gotland ☐
- Region Blekinge ☐
- Region Skåne ☐
- Region Halland ☐
- Västra Götalandsregionen ☐
- Region Värmland ☐
- Region Örebro län ☐
- Region Västmanland ☐
- Region Dalarna ☐
- Region Gävleborg ☐
- Region Västernorrland ☐
- Region Jämtland Härjedalen ☐
- Region Västerbotten ☐
- Region Norrbotten ☐

A2.

I vilken driftsform drivs er klinik?

- Offentlig ☐
- Privat, offentligt finansierad via LOU (upphandling) ☐
- Privat, offentligt finansierad via LOV (vårdvalet) ☐
- Vill ej svara ☐

**A3.**

Vilken klinik föredröder du? Ange klinikkens namn och ort.

Denna fråga ställs endast för att kunna skicka påminnelser. Svar kommer endast att redovisas på gruppnivå, alltså kommer inga svar att redovisas per klinik. Individuella svarsdata kommer hanteras endast av IHE.

A4.

Hur länge har er klinik varit i drift?

1-5 år ☐6-10 år ☐10 år eller längre ☐Vet ej, vill ej svara ☐

Avdelning B: Del 1: Patienter och vårdbehov vid er klinik

B1.

Uppskattningsvis, hur många aktiva patienter har ni haft på er klinik under det senaste året? Frågan avser alla aktiva patienter oavsett diagnos och oavsett behandling.

1-1 000 patienter ☐1 001-10 000 patienter ☐10 001-20 000 patienter ☐Mer än 20 000 patienter ☐Vet ej / vill ej svara ☐**B2.**

Om du har uppgift om antal aktiva patienter får du gärna ange det:

B3.

Uppskattningsvis, hur stor andel i procent av patienterna (oavsett diagnos och oavsett behandling) får sitt första besök inom : (totalsumman ska bli 100 procent)

1-15 dagar 16-30 dagar Mer än 30 dagar **B4.**

Uppskattningsvis hur stor andel av samtliga besök avser gruppen "medicinsk retina"? Svara i procent.

**B5.**

Uppskattningsvis, hur har antalet besök för patientgruppen medicinsk retina respektive övriga patientgrupper förändrats de senaste 5 åren på er klinik?

Om du bedömer att antalet besök varit oförändrat så sätter du markören på "0". Om du bedömer att antalet besök har minskat sätter du markören till vänster om "0" och där -50% avser en halvering av antalet besök. Om du bedömer att antalet besök har ökat sätter du markören till höger om noll, där +100% avser en dubblering av antalet besök (om du vill ta bort ditt svar klicka på ikonen med pil).

Gruppen medicinsk retina

Gruppen övriga

B6.

Uppskattningsvis, hur bedömer du att antalet besök för patientgruppen medicinsk retina respektive övriga patientgrupper kommer att förändras under de kommande 5 åren (från 2025 till 2030) på er klinik?

Om du bedömer att antalet besök kommer vara oförändrat så sätter du markören på "0". Om du bedömer att antalet besök kommer att minska sätter du markören till vänster om "0" och där -50% avser en halvering av antalet besök. Om du bedömer att antalet besök kommer att öka sätter du markören till höger om "0", där +100% avser en dubblering av antalet besök (om du vill ta bort ditt svar klicka på ikonen med pil).

Gruppen medicinsk retina

Gruppen övriga

B7.

Finns det något du vill utveckla eller kommentera angående patienterna och vårdbehov?

Avdelning C: Del 2: Patient- och närståendeberda i samband med injektionsbehandling

C1.

Uppskattningsvis, hur stor andel av patienterna i följande grupper bedömer du behöver ha assistans av anhörig/medföljande i samband med besöket?

0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100% Vet ej/vill ej svara

Gruppen medicinsk retina ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Gruppen övriga ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C2.

Uppskattningsvis hur lång tid tar en intravitreal injektion att genomföra (ange i minuter):

Förberedelse (uppackning, identitetskontroll, eventuell premedicinering)

Administrering av injektion

Avfallshantering och övervakning av patient


C3.

Hur stor inverkan bedömer du att intravitreala injektioner har på livskvaliteten för en typisk patient som får denna typ av behandling?

	Liten inverkan på livskvalitet	Viss inverkan på livskvalitet	Stor inverkan på livskvalitet	Extremt stor inverkan på livskvalitet	Vet ej
Oro och ångest inför och under besök	☐	☐	☐	☐	☐
Transporten till och från besöken	☐	☐	☐	☐	☐
Behandlingsintervall	☐	☐	☐	☐	☐

C4.

Finns det något du vill utveckla eller kommentera angående patient- och närståendebröda?

Avdelning D: Del 3: Lokalerna på er klinik

D1.

Uppskattningsvis hur många rum har ni tillgång till på er klinik?

Undersökningsrum:					
Operationssal:					
Injektionsrum (rent rum):					

D2.

Hur bedömer du behovet av antal rum på er klinik idag? Vi har...

överskott på rum	☐
tillräckligt med rum	☐
brist på rum	☐
Vet ej/vill ej svara	☐

D3.

Bedömer du att injektionsrummen är ändamålsenliga för sitt syfte (t ex sterila, ventilation)?

Ja	☐
Nej	☐
Vet ej/vill ej svara	☐

**D4.**

Uveckla gärna...

D5.

Har ni ändrat i rummen för att anpassa efter verksamhetens behov (t ex flera patienter i samma behandlingsrum, eller ändrat rumlokalisering och placering av dörrar för att bättre integrera rummen efter vårdprocessen)?

Ja ☐Nej ☐Vet ej/vill ej svara ☐**D6.**

Uveckla gärna...

Avdelning E: Del 4: Personalen

E1.

Uppskattningsvis, hur många inom respektive personalkategori har ni tillgång till vid er klinik? Svara på ett ungefär hur många anställda/änhyrda ni har. Ingen justering behövs för anställningsgrad.

läkare/specialistläkare					
sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor					
undersköterskor					
optiker					
ortoptister					
övriga (läkarkandidater, fotografer, tekniker etc.)					



E2.

Uppskattningsvis, hur stor andel av personalens tid går åt till gruppen medicinsk retina på er klinik?

0-20% ☐

21-40% ☐

41-60% ☐

61-80% ☐

81-100% ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

E3.

Hur bedömer du behovet av personal på er klinik idag? Du kan ange flera svarsalternativ.

Vi har...

överskott på personal ☐

tillräckligt med personal ☐

brist på läkare/specialistläkare ☐

brist sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor ☐

brist på undersköterskor ☐

brist på optiker ☐

brist på ortoptister ☐

brist på övriga (läkarkandidat, fotograf, tekniker) ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

Avdelning F: Del 4: Personalen

F1.

Vad är de huvudsakliga orsakerna till brist på personal?

Problem att rekrytera ☐

Begränsad budget ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

Annat, ange... ☐

Annat, ange...



F2.

Utveckla gärna:

Avdelning G: Del 4: Personalen

G1.

Har ni ändrat något i organisationen av personal för att anpassa till patienternas behov (t ex låter sjuksköterskor göra injektion, anpassad schemaläggning)?

Ja ☐

Nej ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

G2.

Utveckla gärna:

G3.

Uppskattningsvis, hur stor andel av injektionerna på er klinik ges av sjuksköterska eller läkarkandidat?

0-20% ☐

21-40% ☐

41-60% ☐

61-80% ☐

81-100% ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

**G4.**

Uppskattningsvis, hur bedömer du att er kliniks behov av läkare/specialistläkare kommer att utvecklas de kommande 5 åren från 2025 till 2030?

Om du bedömer att behovet av läkare/specialistläkare kommer vara oförändrat så sätter du markören på "0". Om du bedömer att behovet av läkare/specialistläkare kommer att minska sätter du markören till vänster om "0" och där -50% avser en halvering av antalet läkare/specialistläkare. Om du bedömer att behovet av läkare/specialistläkare kommer att öka sätter du markören till höger om "0", där +100% avser en dubbelning av antalet läkare/specialistläkare (om du vill ta bort ditt svar klicka på ikonen med pil).

--	--	--	--	--

G5.

Uppskattningsvis, hur bedömer du att er kliniks behov av sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor kommer att utvecklas de kommande 5 åren från 2025 till 2030?

Om du bedömer att behovet av sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor kommer vara oförändrat så sätter du markören på "0". Om du bedömer att behovet av sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor kommer att minska sätter du markören till vänster om "0" och där -50% avser en halvering av antalet sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor. Om du bedömer att behovet av sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor kommer att öka sätter du markören till höger om "0", där +100% avser en dubbelning av antalet sjuksköterskor/specialistsjuksköterskor (om du vill ta bort ditt svar klicka på ikonen med pil).

--	--	--	--	--

G6.

Finns det något du vill utveckla eller kommentera angående personal?

Avdelning H: Del 5: Utrustningen och annan verksamhet

H1.

Uppskattningsvis, varifrån kommer flest remisser till er klinik?

Vårdcentraler ☐

Optiker ☐

Specialistvården ☐

Egenremiss ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

H2.

Bedömer du att det skickas många onödiga remisser till er klinik?

Ja ☐

Nej ☐

Vet ej/vill ej svara ☐



H3.

Anser du att de olika IT-system, för ex. patientadministration och patientjournaler, som ni använder i er verksamhet är tillräckligt integrerade och lämnar betade?

Ja, helt	Ja, ganska	Varken eller	Knappt	Nej, inte alls	Vet ej
☐	☐	☐	☐	☐	☐

H4.

Utveckla gärna

H5.

Anser du att nuvarande kvalitetsregister och uppföljning är ändamålsenliga och underlättar för er att följa vården?

Ja, helt	Ja, ganska	Varken	Knappt	Nej, inte alls	Vet ej
☐	☐	☐	☐	☐	☐

H6.

Utveckla gärna

H7.

Bedömer ni att ni kan klara av fortlöpande verksamhet bra även om någon enskilda utrustning skulle gå ränder?

Ja	☐
Nej	☐
Vet ej/vill ej svara	☐

H8.

Bedömer ni att det finns tillgång till tillräckligt med utrustning på er klinik (t ex OCT, ögonbottenkamera)?

Ja	☐
Nej	☐
Vet ej/vill ej svara	☐



H9.

Finns det något du vill utveckla eller kommentera angående utrustning?

Avdelning I: Del 6: Styrning

I1.

På vår klinik upplever jag att...

	Instituttmer bort	Instituttmer till viss del	Instituttmer lite	Instituttmer lite alls	Vet ej/vill ej svara
ekonomiska ramar påverkar vilka behandlingar och preparat vi ger på kliniknivå	☐	☐	☐	☐	☐
beslut om vilka behandlingar som ska ges tas på rätt ställe	☐	☐	☐	☐	☐
nuvarande beslutsflöden är optimalt utformade för att säkerställa en god kapacitet	☐	☐	☐	☐	☐
vi får rätt förutsättningar utifrån de ramar som sätts av regionen	☐	☐	☐	☐	☐
kunskapsstöd och nationella riktlinjer är implementerade och följs i den kliniska vardagen	☐	☐	☐	☐	☐

I2.

Finns det något du vill utveckla eller kommentera angående styrning?

Avdelning J: Del 7: Övergripande frågor om kapacitetssituationen

J1.

Givet kapaciteten på vår klinik idag bedömer jag att...

	Mycket ofta	Ibland	Sällan	Aldrig	Vet ej
vi inte kan ta in nya patienter	☐	☐	☐	☐	☐
vi skickar i väg patienter för vård på andra ställen för att vi inte ta hand om dem i tid	☐	☐	☐	☐	☐
patienters sjukdomsutveckling riskerar att påverkas negativt	☐	☐	☐	☐	☐



	Mycket ofta	ibland	Sällan	Aldrig	Vet ej
vi ställer in planerade besök/behandling	☐	☐	☐	☐	☐
vi har svårt att hinna svara på patienternas frågor i samband med behandling	☐	☐	☐	☐	☐
vi riskerar att inte tillgodose en fullgod patientsäkerhet	☐	☐	☐	☐	☐

J2.

Finns det något du vill utveckla eller kommentera angående kapacitet, patienterna och vårdbehov på er klinik?

Avdelning K: Del 8: Övergripande frågor om ögonsjukvården i Sverige

K1.

Finns det något annat du vill lägga till kring kapacitet inom ögonsjukvården i Sverige generellt? Exempelvis orsaker till eventuell kapacitetsbrist och möjliga lösningar.

Tack för att du besvarat frågorna!

Bilaga 4: Enkät 2



Avdelning A: Inledande
Inledande frågor om er klinik/ögonverksamhet

A1. Q1.

Vilken klinik förenar du?

Dessa frågor samlas endast för IHE:s interna bearbetning. Svar kommer endast att redovisas på gruppnivå, alltså kommer inga svar att redovisas per klinik. Individuella svaradans kommer hanteras endast av IHE.



A2. Q2.

I vilken region ligger er klinik?

- Region Stockholm ☐
- Region Uppsala ☐
- Region Södermanland ☐
- Region Östergötland ☐
- Region Jönköpings län ☐
- Region Kronoberg ☐
- Region Kalmar län ☐
- Region Gotland ☐
- Region Blekinge ☐
- Region Skåne ☐
- Region Halland ☐
- Västra Götalandsregionen ☐
- Region Värmland ☐
- Region Örebro län ☐
- Region Västmanland ☐
- Region Dalarna ☐
- Region Gävleborg ☐
- Region Västernorrland ☐
- Region Jämtland Härjedalen ☐
- Region Västerbotten ☐
- Region Norrbotten ☐

A3. Q3

I vilken driftform drivs er klinik?

- Offentlig ☐
- Privat, offentligt finansierad via LOU (upphandling) ☐
- Privat, offentligt finansierad via LOV (vårdvalet) ☐
- Vet ej/vill ej svara ☐



Avdelning B: Del 1 - Resurser och effektivisering

I enkät 1 angav 89 % av klinikerna att de hade brist på minst en personalkategori, medan 80 % angav att de hade brist på rum. Andelen kliniker som har brist på de olika personalkategorierna visas i figuren nedan. Många kliniker har genomfört olika typer av effektiviseringar, exempelvis svarade 83% av klinikerna att de har ändrat i organisationen av personal (ex. task-shifting/uppgiftsvärdning) och hälften angav att de har anpassat rummen efter verksamhetens behov.

B1. Q4

Hur bedömer ni sannolikheten för att ni kan frigöra ytterligare resurser genom någon typ av effektivisering (t ex task-shifting, ombyggnad) under de kommande 5 åren avseende områdena ...

	Mycket sannolikt	Ganska sannolikt	Ganska osannolikt	Mycket osannolikt	Vet ej/vill ej svara
Personal	☐	☐	☐	☐	☐
Lokaler	☐	☐	☐	☐	☐

B2. Q4 fritext

Utveckla gärna med exempel

B3. Q5

På er klinik, har ni särskilda dagar eller delar av dagar som är avsetta för intraveneösa injektioner?

Ja ☐

Nej ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

B4. Q6

Vem genomför kontrollbesök respektive bedömning inför intraveneösa injektioner? Svara utifrån vad som är vanligast på er klinik.

Läkare utför både kontroll och bedömning ☐

Sjuksköterskebesök utför kontroll och läkare utför bedömning ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

B5. Q7

Hur genomförs kontrollbesök, bedömning respektive injektion tidmässigt i förhållande till varandra, på samma eller olika dagar? Svara utifrån vad som är vanligast på er klinik.

	Dag A	Dag B	Dag C	Vet ej/vill ej svara
Kontrollbesök	☐	☐	☐	☐
Bedömning	☐	☐	☐	☐



Dag A Dag B Dag C Vet ej/vill ej svara

Injektion ☐ — ☐ — ☐ — ☐

B6. Q8

Genomför läkare bedömning dagbort?

Ja, alltid ☐

Ja, ibland ☐

Nej, aldrig ☐

Vet ej/vill ej svara ☐

B7. Q9

Fins det någonting mer du vill tillägga om resurser och effektivisering?

Avdelning C: Del 2 - Prioritering

I enkät 1 angav 56 % av klinikerna att de skickar i väg patienter för vård på andra ställen för att man inte hinner ta hand om dem i tid och 33 % angav att man inte kan ta in nya patienter, se figuren nedan. Strax under hälften av patienterna (45 %) angavs få sitt första besök efter mer än 30 dagar. I fritextsvar nämndes i några fall att vissa patientgrupper riskerade att bli undanträngda.

C1. Q10

Hur bedömer ni sannolikheten för följande effekter på tillgänglighet till följd av begränsad kapacitet på er klinik de kommande fem åren?

	Mycket sannolikt	Ganska sannolikt	Ganska osannolikt	Mycket osannolikt	Vet ej/vill ej svara
Ökade väntetider	☐	☐	☐	☐	☐
Fler patienter som skickas iväg för vård på andra ställen	☐	☐	☐	☐	☐
Vissa patientgrupper måste nedprioriteras	☐	☐	☐	☐	☐

C2. Q11

Fins det patientgrupper som ni anser skulle behöva få vård tidigare och/eller vård i större utsträckning än vad ni kan hantera i nuläget?

Ja ☐

Nej ☐

Vet ej/vill ej svara ☐



C3. Q11 fritext

Ange gärna värden/värda patientgrupper, exempelvis diagnos, ålder, svårighetsgrad.

C4. Q12

Här bedömer du effekten av att skicka högt patienter för vård på andra ställen avseende...

Stor positiv effekt Visst positiv effekt Ingen effekt Visst negativ effekt Stor negativ effekt Vet ej/vill ej svara

Effektivitet för er klinik ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Effektivitet för ögonsjukvården som helhet ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C5. Q12 fritext

Utveckla gärna:

C6. Q13

Finner det någonting mer du vill tillägga om prioritering?



Avdelning D: Del 3 - Styrning och avslutande frågor

I svaren till enkät 1 höll hälften med om att ekonomiska ramar påverkar vilka behandlingar som ges på kliniken. Samma andel svarade att de inte instämmer i påståendet att de får rätt förutsättningar utifrån de ramar som satts av regionen, se figuren nedan. I fritextsvar framförde några kliniker att ersättningsystemen kan skapa felaktiga incitament.

Avslutande frågor

D1. Q14

På vilket sätt bedömer ni att följande system påverkar er kapacitetssituation?

	Stor positiv effekt	Viss positiv effekt	Ingen effekt	Viss negativ effekt	Stor negativ effekt	Vet ej/vill ej svara
Sveriges ögonläkarförenings prioriteringslista	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er regions ersättningsystem	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D2. Q16

Finns det något du vill tillägga om svensk ögonsjukvård?

D3. Q17

Får vi vid behov kontakta er för eventuella förtydliganden? Ange i så fall namn samt mailadress eller telefonnummer.

D4. Q15

Finns det någonting mer du vill tillägga om styrning?



Tack för dina svar!



IHE RAPPORT 2025:6