

# **Rapport angående Nationella indikationer för kataraktoperation**

## Gemensamma medicinska indikationer för behandling av katarakt.

Kompetenscentrum EyeNet Sweden fick i oktober 2004 i uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting att utarbeta Gemensamma medicinska indikationer för behandling av katarakt.

I denna rapport beskrivs uppdraget och dess resultat.

### Uppdraget

Nationellt kompetenscentrum för Ögonsjukvård – EyeNet Sweden – fick i oktober 2004 uppdraget att utarbeta förslag till gemensamma medicinska indikationer för diagnosgruppen katarakt.

Uppdraget innehöll följande text:

”Vid gruppering av medicinska indikationer bör också medicinsk acceptabel väntetid för åtgärd belysas.

För de indikationer som föreslås skall en konsekvensbeskrivning göras beträffande förväntade volymer i relation till nuvarande operationsfrekvenser i de olika landstingen.

Även andra konsekvenser som kompetenscentrum bedömer vara av vikt för införandet av en vårdgaranti skall tas med vid avrapporteringen av uppdraget (t. ex. hälso-ekonomiska studier). I uppdraget ingår också att ta ställning till de modeller för utarbetande av indikationer för behandling som är under utveckling i Kanada (Western Canada Waiting List Project) samt det system för bokning av patienter som tillämpas i Nya Zeeland och andra relevanta modeller som tillämpas i andra länder.

Utöver arbetet med att ta fram lämpliga indikationer skall ett förslag till remissmall för katarakt tas fram. En utvärdering som syftar till att säkerställa att det finns överensstämmelse mellan remissmallen och del föreslagna indikationer bör också göras. Likaså skall arbetet med indikationer innehålla ett förslag till hur dessa lämpligen bör följas upp, dvs. vilka uppgifter som är av vikt samt hur dessa skall fångas.

Utredningsarbetet bör samordnas med andra pågående arbeten i landet, t ex Sektorsrådet i Ögonsjukvård som kommer att erhålla samma uppdrag på regional nivå från Västra Götalandsregionen.”

### Vårdgarantin för kataraktoperation 1992-1996.

Under perioden 1/1 1992 – 31/12 1996 gällde en vårdgaranti för kataraktoperation. Inför denna vårdgaranti hade man definierat tre olika prioritetsgrupper. Grupp 1 innebar en bästa synskärpa på bästa ögat motsvarande under 0,2. Grupp 2 innebar en bästa synskärpa på bästa ögat motsvarande högst 0,5 eller att det förekom särskilda skäl. Särskilda skäl kunde innebära sjukskrivning eller ökat hjälpbehov. Grupp 3 omfattade övriga patienter med bättre synskärpa än 0,5 på bästa ögat. Vårdgarantin gällde bara grupperna 1 och 2 medan Grupp 3 inte omfattades av garantin. I samband med att vårdgarantin infördes startade också ett nationellt kvalitetsregister för kataraktoperation – Nationella Kataraktregistret. Detta register var bland annat avsett att följa upp hur vårdgarantin fungerade.

Vårdgarantin har utvärderats och ett flertal rapporter finns publicerade. Vårdgarantin och kataraktoperation 1992-1996 har analyserats i två vetenskapliga publikationer (1,2) samt en avhandling (3).

De utvärderingar som gjorts när det gäller kataraktkirurgi och vårdgarantin 1992-96 kan sammanfattas i nedanstående punkter:

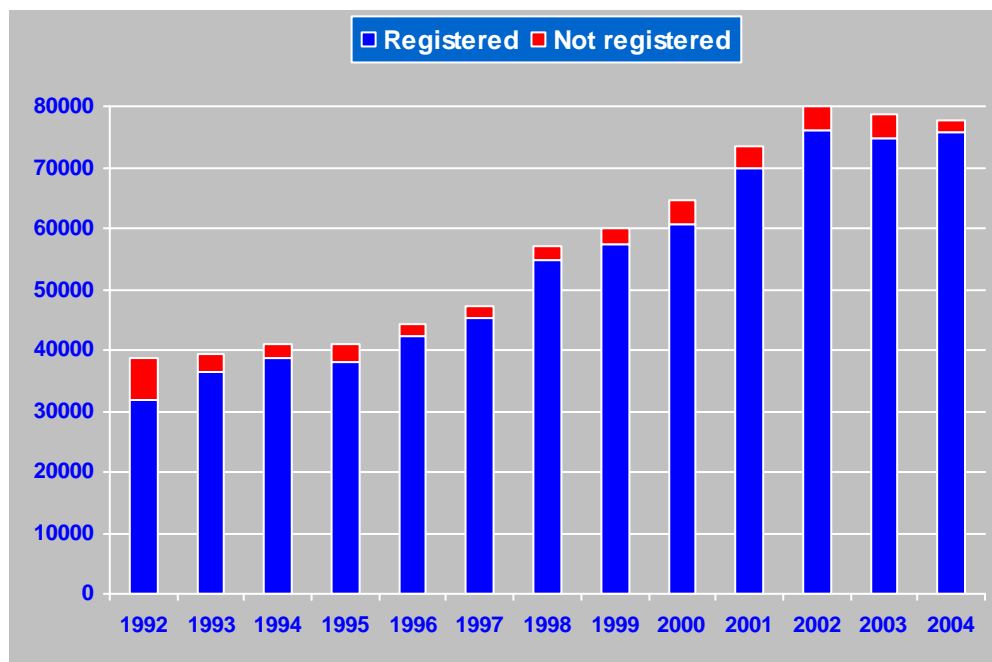
- Vårdgarantin hade positiv effekt på väntetider bara de första 2 åren

- Det var svårt att bibehålla indikationsgränser – andelen med särskilda skäl/bättre synskärpa ökade stadigt under perioden
- Det var stor variation mellan kliniker under hela perioden
- Operationsvolymen låg nästan still under garantiperioden till förmån för kortare väntetider
- Då garantin upphörde ökade volymen kraftigt, indikationerna vidgades, väntetider ökade. Detta sammanföll tidsmässigt även med en teknikutveckling.
- Den explosiva ökningen av kataraktkirurgin då garantin upphörde talar emot att garantin trängde undan andra patientgrupper inom ögonsjukvården
- Den ökande kataraktverksamheten efter vårdgarantin innebar inte att de mest behövande fick kortare väntetid – tvärtom, väntetiden ökade för alla och gränsen mellan grupp 2 och 3 suddades ut.

De positiva sidorna av garantin var att man sannolikt höll tillbaka en ökning av antalet operationer och en vidgning av indikationer till förmån för att klara av garantipatienter. Nackdelarna var att prioritetsgrupperna inte vägde in patientens besvär tillräckligt mycket vilket ledde till en allt sämre följsamhet av garantin. Förhoppningen att utjämna olikheter i vården inom landet kunde inte infrias.

### Nationella Kataraktregistret.

Nationella Kataraktregistret startade sin verksamhet den 1 januari 1992. Ett av skälen till registrets tillkomst var att följa hur den dåvarande vårdgarantin uppfylldes för kataraktoperation. Registret har alltsedan starten haft en god täckningsgrad vilket framgår av Figur 1. Registret har med åren kommit att omfatta preoperativa variabler, operationsdata, resultatmätt, patientens upplevda nytta av en kataraktoperation och förekomst av allvarliga komplikationer. Registret har finansierats av Socialstyrelsen och administrerats av en styrgrupp utsedd av Sveriges Ögonläkarförening. Årsrapporter har producerats liksom ett 40-tal vetenskapliga artiklar.

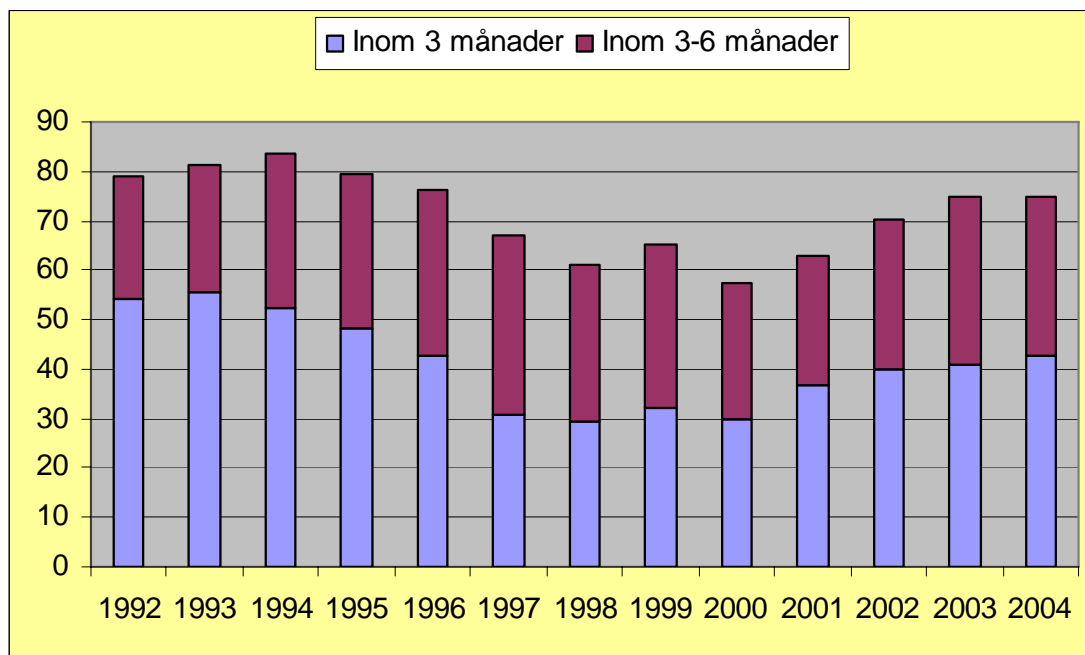


Figur 1. Täckningsgrad gällande antal kataraktoperationer i Nationella kataraktregistret 1992-2004. (Källa: Nationella Kataraktregistret).

### Nationell statistik

Antalet kataraktoperationer per år har ökat för varje år fram till 2002 då sammanlagt 80 002 operationer gjordes. Därefter har det varit en liten nedgång i antalet av operationer och under 2004 utfördes 77 194 kataraktoperationer i Sverige.

Väntetider har registrerats i Nationella Kataraktregistret och väntetiden har definierats som tiden från beslut om operation till operation. Den genomsnittliga väntetiden har under de senaste 5 åren legat mellan 5 och 6 månader. Andelen som blivit opererade inom 3 respektive 6 månaders väntetid framgår av nedanstående Figur 2.



Figur 2. Andel patienter i procent som har opererats inom 3 respektive 6 månaders väntetid. Som framgår av figuren har under de senaste 10 åren mindre än 50 % av alla opererade fått sin operation utförd inom 3 månaders väntetid. (Källa: Nationella Kataraktregistret).

### Statistik per landsting

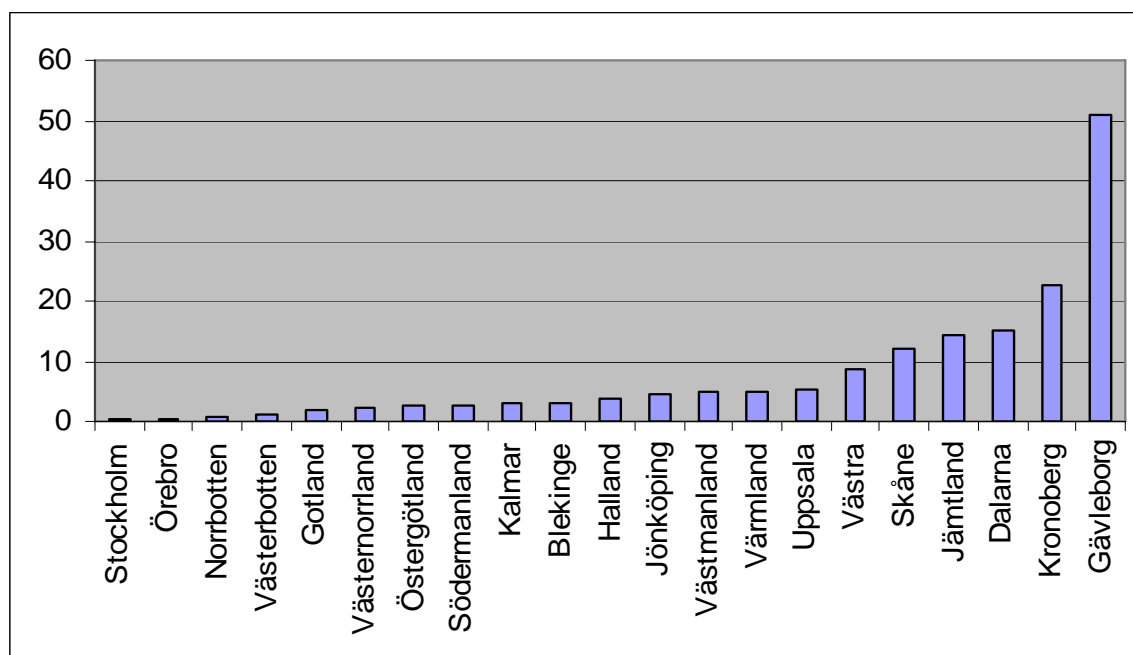
Antalet ingrepp per landsting (operationer utförda på invånare från respektive landsting) och genomsnittlig väntetid under 2004 framgår av Tabell 1.

Tabell 1. Antalet kataraktoperationer på invånare från respektive landsting och genomsnittlig väntetid i månader under 2004.

Landsting	Antal operationer	Genomsnittlig väntetid i månader
Stockholm	15 790	4,0
Uppsala	2 580	5,6
Södermanland	2 564	3,5
Östergötland	2 863	3,4
Jönköping	3 575	3,4
Kronoberg	1 557	10,5
Kalmar	2 174	5,5
Gotland	527	9,1
Blekinge	1 281	3,7
Skåne	9 447	7,9

Halland	2 351	3,2
Västra Götaland	13 321	6,5
Värmland	2 628	7,1
Örebro	2 289	4,1
Västmanland	2 444	2,5
Dalarna	2 426	5,9
Gävleborg	2 041	7,4
Västernorrland	2 096	3,4
Jämtland	855	8,3
Västerbotten	2 133	6,1
Norrbotten	2 139	3,5

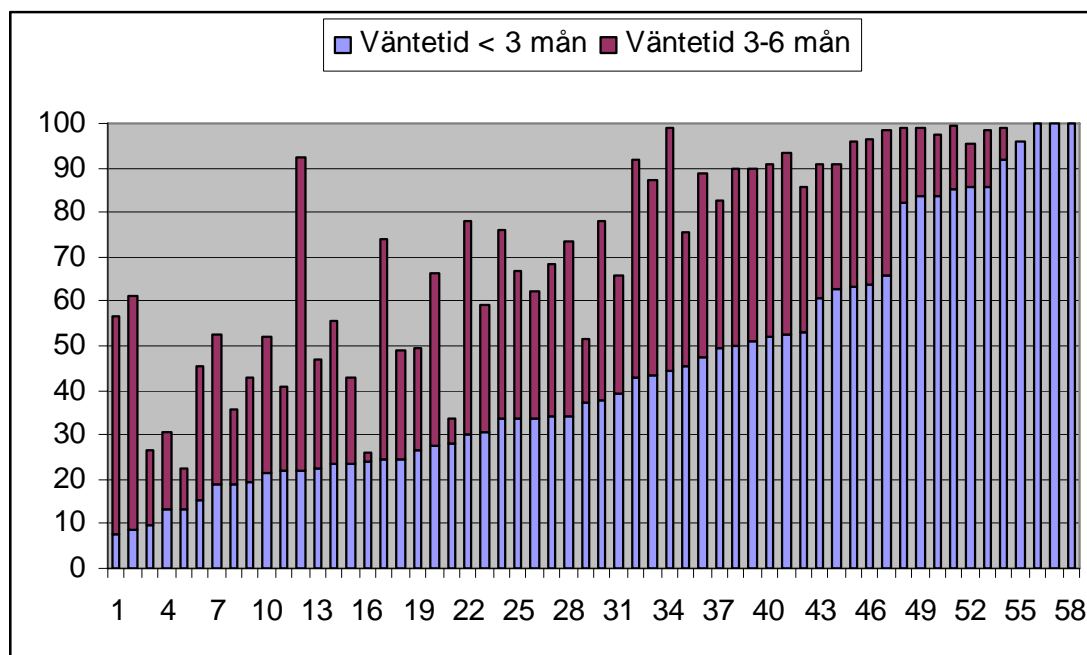
Den stora variationen i väntetider mellan landstingsområden och det fria vårdvalet har lett till en stigande rörlighet över landstingsgränser. Under 2004 utfördes 6,8 % av alla operationer på patienter utanför det egna landstingsområdet. Nedanstående Figur 3 visar fördelningen av operationer utanför landstinget per hemmalandsting.



Figur 3. Procentuell andel av kataraktoperationerna som utfördes utanför det egna landstingsområdet redovisat per hemmalandsting. (Källa: Nationella Kataraktregistret).

Inte oväntat har flera av de landsting som har långa väntetider också en stor andel operationer utanför det egna landstingets gränser.

På kliniknivå har skillnaderna i väntetid varit ännu större än på landstingsnivå. Den genomsnittliga väntetiden varierade under 2004 mellan mindre än en månad till 11,4 månader. I nedanstående Figur 4 visas spridningen mellan kliniker i väntetid under 2004.



Figur 4. Andel i procent av patienter som har blivit opererade inom 3 respektive 6 månader under 2004. Varje stapel utgör en klinik. Klinikerna sorterade efter hur stor andel patienter som opererats inom 3 månader (nedre del av stapel). Stapelns hela längd motsvarar hur stor andel patienter i procent som blivit opererade inom 6 månader. (Källa: Nationella Kataraktregistret).

Som synes av Figur 4 är det en stor spridning i väntetider mellan kliniker och bara några enstaka har förmått att operera alla sina patienter inom 3 månaders väntetid. Diagrammet har sett oförändrat ut i Nationella Kataraktregistrets mätningar under de senaste 5 åren.

## Nationella indikationer för kataraktoperation

### Bakgrund.

De mätningar som gjorts inom Nationella Kataraktregistret angående variabler som påverkar indikationerna för kataraktoperation har visat stora variationer både mellan kliniker och mellan landstingsområden. Detta gäller synskärpa, operation av öga 1 eller 2, patientens upplevda besvär och förekomsten av andra ögonsjukdomar i det öga som skall opereras. Några nationella indikationer för kataraktoperation har ej funnits, men rekommendationer har givits i ett State of the Art dokument om katarakt som publicerades 1998

<http://www.swedeye.org/SOTA/index.html>

Under 2004 bedrevs ett nationellt kvalitetsutvecklingsprojekt, Priquens, med bland annat syftet att utarbeta nationella indikationer för kataraktoperation. Projektet finansierades av dåvarande Landstingsförbundet och bedrevs i samarbete mellan Nationella Kataraktregistret, EyeNet Sweden, Qulturum och nio ögonkliniker. Deltagare var team från ögonkliniker i Halmstad, Helsingborg, Jönköping, Karlskrona, Luleå, Lund, Malmö, Mölndal och Umeå.

### Projektets resultat. Formulären Priquest och NIKE.

I projektarbetet kring nationella indikationer vägdes in erfarenheter från Nationella Kataraktregistret samt den tidigare vårdgarantin. Ett projekt som bedrivits i västra Kanada (4) angående prioriteringar inom kataraktsjukvård användes som förebild när man skulle avgöra vilka områden som skulle ingå i bedömningen av indikationen för operation. De områden som slutligen kom att ingå är:

- Synskärpan på båda ögon
- Patientens svårigheter att utföra dagliga synkrävande aktiviteter
- Besvär av bländning och sidoskillnad
- Förmåga till oberoende leverne (arbete, bilkörning, hemhjälp, färdtjänst, vård av anhöriga etc)
- Ögonmedicinska skäl till snar operation

I projektet beslöt man att det skall finnas fyra olika indikationsgrupper. Grupp 1 innebär starkast indikation för operation medan Grupp 4 innebär svagast indikation. Patientens upplevda besvär kartläggs med ett frågeformulär kallat Priquest (Bilaga 1). Priquest innehåller frågor om besvär att utföra vissa aktiviteter samt frågor om bländning, sidoskillnad mellan ögonen och förmåga till oberoende leverne. Frågorna i Priquest har testats på svenska kataraktpatienter sedan 1995 i samband med Nationella Kataraktregistrets resultatregistrering. De olika svarsalternativen i Priquest och synskärpan på båda ögon ger poäng som adderas till en totalpoäng som ligger till grund för indikationsgrupperingen. Vissa omständigheter såsom risk för komplikationer i ögat om inte katarakten avlägsnas eller sjukskrivning medför automatiskt högsta indikationsgrupp. Indikationsgruppen kan sänkas ett steg om andra ögonsjukdomar bedöms påverka synen så att man knappast kan förvänta någon förbättring efter ingreppet.

I projektet utarbetades ett särskilt formulär kallat NIKE (Nationella Indikationer för Katarakt Extraktion) (Bilaga 2). I detta formulär finns alla bedömningsgrunderna med inklusive poäng för olika svarsalternativ. I formuläret kan poängen för olika bedömningsområden adderas till en totalpoäng som ger indikationsgruppen. NIKE finns även framtagen i en digital version. Både Priquest och NIKE testades på de deltagande klinikerna och i projektet samlades in data med ifyllda formulär på sammanlagt 1087 patienter.

### **Validering av indikationsinstrumentet NIKE**

Med vetskap om den kommande vårdgarantin (1 november 2005) beslöt projektgruppen att utföra en vetenskaplig validering av NIKE. Denna utfördes under våren 2005. Sju kliniker deltog med 50 patienter vardera. Följande kirurger på varje klinik ansvarade för valideringstestet: Ingemar Håkansson, Lund; Ragnhild Lorefors, Luleå; Mats Lundström, Karlskrona; Sven Ohlsson, Malmö; Werner Polland, Jönköping; Andrea Schmidt, Halmstad; Göran Svensson, Helsingborg.

Fördelningen mellan indikationsgrupper framgår av Tabell 2.

*Tabell 2. Fördelningen av indikationsgrupper vid valideringen av NIKE.*

<b>Indikationsgrupp</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	7,6 %	47 %	28,2 %	17,2 %

Test vid två tillfällen på samma patient (10 dagar mellan testerna) gav en inomklass korrelationskoefficient på 0,526, 95 % CI 0,323-0,682,  $p < 0,001$ . Test av två olika undersökare på samma patient vid ett och samma tillfälle gav en inomklass korrelationskoefficient på 0,931, 95 % CI 0,889-0,957,  $p < 0,001$ . En jämförelse mellan indikation enligt NIKE och respektive undersökares tidigare sätt att prioritera gav en inomklass korrelationskoefficient på 0,275, 95 % CI -0,231-0,573,  $p = 0,116$ .

Den procentuella reduktionen av totalpoängen enligt NIKE efter kataraktoperation framgår av Tabell 3.

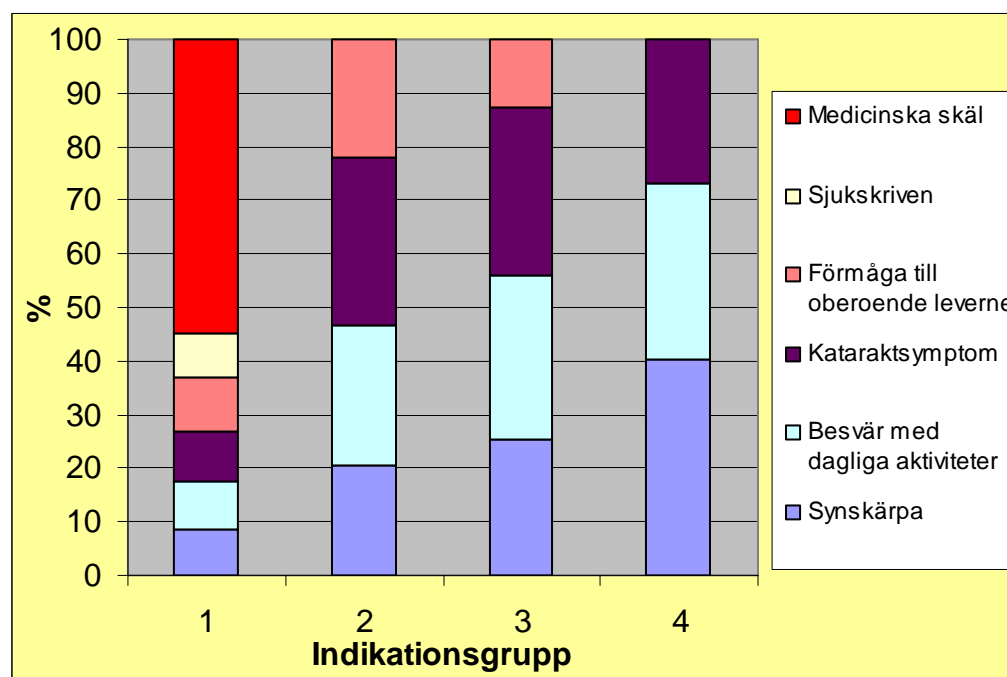
Tabell 3. Reduktion i procent av totalpoängen enligt NIKE efter utförd kataraktoperation jämfört med före operationen.

Indikationsgrupp	1	2	3	4
Operation öga 1	61	50	33	25
Operation öga 2	72	67	50	33

Dessa tester visade således att

- NIKE tycks vara undersökarnneutral och tillräckligt pålitlig vid upprepade test
- NIKE tycks gradera patienter även efter effekt av operation så att de mest angelägna också har störst nytta av ingreppet
- NIKE innebär ett nytt sätt att gradera indikationer som inte helt överensstämmer med gängse gradering men heller inte avviker uppseendeväckande mycket

Vid valideringen av NIKE undersöktes också vilken relativ vikt de olika bedömningsområdena har inom respektive indikationsgrupp. Detta framgår av Figur 5.



Figur 5. Relativ vikt (%) av varje bedömningsområde per indikationsgrupp.

I den lägsta indikationsgruppen (Grupp 4) karakteriserades patienterna av följande:

- 29 av 57 uppgav vissa besvär med dagliga aktiviteter, övriga uppgav inga besvär
- 45 av 57 uppgav vissa besvär av bländning och en hade stora besvär, resten inga besvär
- Ingen av 57 uppgav problem med oberoende leverne

- En av 57 hade synskärpa under 0,5 på det bäst seende ögat.

### Medicinskt acceptabla väntetider

Baserat på de ingående faktorernas angelägenhetsgrad och risker med lång väntetid vill arbetsgruppen ge följande förslag på medicinskt acceptabla väntetider från beslut om operation tagits:

Grupp 1	Operation snarast och helst inom 1 månad
Grupp 2	Operation inom 3 månader
Grupp 3	Operation inom 6 månader
Grupp 4	Kan avvakta med operation till symptomen förvärrats.

Överväganden inför en nationell vårdgaranti den 1/11 2005.

### Sjukdomen katarakt.

Katarakt är en kroniskt tilltagande sjukdom som huvudsakligen drabbar äldre och som oftast drabbar båda ögon. Katarakt innebär en grumling av ögats lins och därtill hörande påverkan av ögats syn. Katarakt kan botas genom en operation varvid den biologiska linsen ersätts med en konstgjord lins. I regel påverkar inte grumlingen i linsen någon annan del av ögat och katarakt utgör därför mycket sällan ett hot mot ögats integritet. Av detta följer att man sällan behöver operera bort katarakten av ögonmedicinska skäl (utom vid medicinska skäl inom Grupp 1 ovan). Indikation för operation av katarakt baseras nästan uteslutande på de besvär med synen som katarakten åstadkommer. Det kroniskt tilltagande förloppet innebär att efter en period av anpassning följer gradvis tilltagande besvär. Indikationen för att operera en person för katarakt blir alltså i regel starkare och starkare ju längre tid som förflyter från det att katarakten börjat ge sig till känna.

### Kataraktkirurgins roll inom ögonsjukvården.

Kataraktkirurgi har en unik position inom ögonsjukvård då den utgör den ojämförligt största enskilda verksamheten och då den har problem med väntetider vilket ofta uppmärksammas i massmedia. Studier har visat att kataraktkirurgin står för cirka 35 % av en ögonkliniks resurser på länslasaretsnivå och cirka 15 % av resurserna på en universitetsklinik (5). Sjukdomen katarakt är i de allra flesta fall möjlig att bota vilket betyder att den synnedsättning som katarakt åstadkommit hos en patient i regel går att återställa till normal syn.

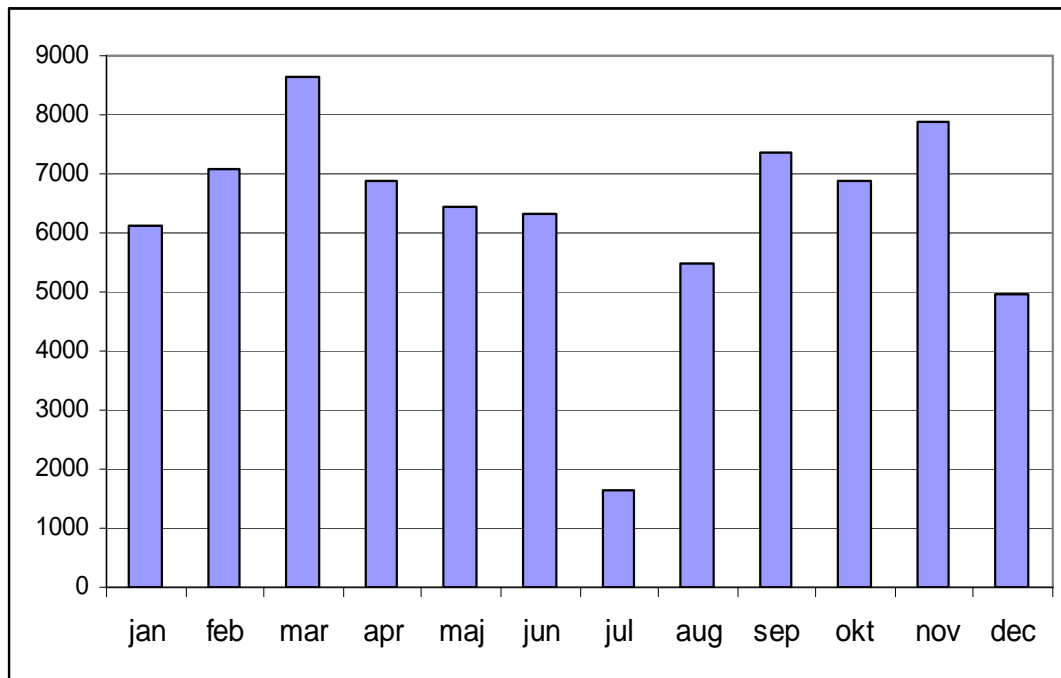
Övriga stora patientgrupper inom ögonsjukvården är barn med skelning och brytningsfel, diabetiker med hotande näthinnekomplikationer och patienter med glaukom (grön starr) eller med förändringar i näthinns gula fläck. Gemensamt för dessa patientgrupper är att tidig diagnos är viktig då den syn som gått förlorat på grund av sjukdomen sällan går att återställa. Ingen av dessa patientgrupper har fått tillnärmelsevis den massmediala uppmärksamhet som kataraktsjukdomen.

Personal på en ögonklinik (läkare och sjuksköterskor) arbetar oftast med samtliga patientgrupper. Verksamheterna är på det viset som kommunicerande kärl. Detta innebär att en plötslig satsning på ett område alltid riskerar att gå ut över de andra områdena. Det kanske vore en fördel om kataraktverksamheten hade en budget och bemanning klart avskild från övrig verksamhet. I samma riktning verkar förstås andra vårdgivare.

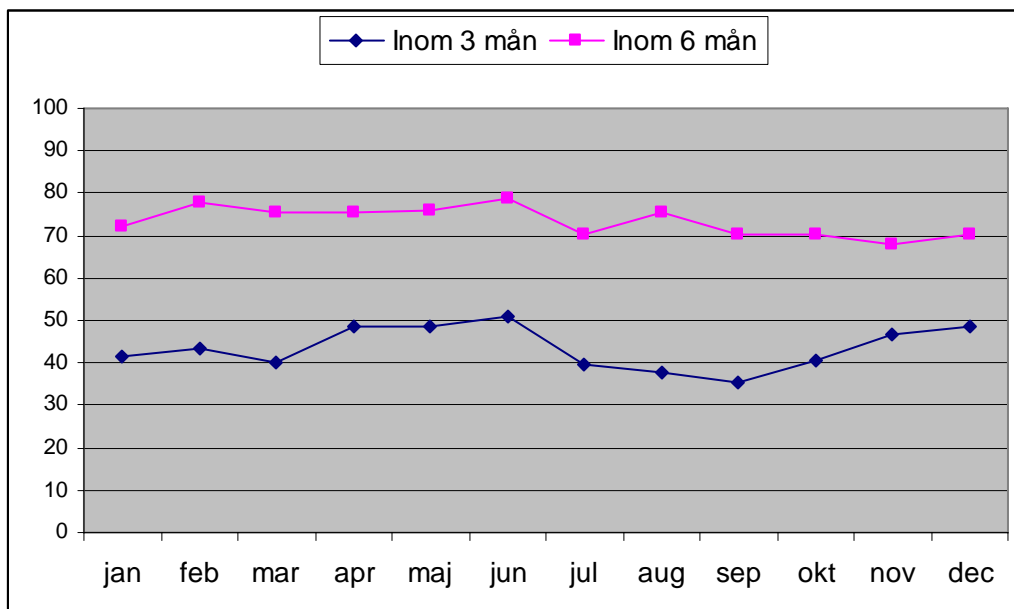
### Logistik för remissinflöde, väntelistor och operationsverksamhet.

Långa väntelistor och lång väntan på operation beror i regel på en obalans mellan inflöde till väntelista och utflöde i form av genomförda operationer. Väsentligt för "nettoinflödet" är naturligtvis de aktuella indikationerna för operation. Inflödet till en väntelista för

kataraktoperation avgörs av verksamheter hos optiker, privata ögonläkare och ögonmottagningar. Aktiviteten varierar i samband med stora helger, sommar- och vinterlov. Detta gör att remissinflödet räknat per månad är ojämnt. Utflödet i form av genomförda operationer varierar också, dock inte i riktigt samma fas som inflödet. Problemet kan illustreras med två figurer från Nationella Kataraktregistrets årsrapport 2004.



Figur 6. Antal kataraktoperationer månadsvis i Sverige 2004. (Källa: Nationella Kataraktregistret).



Figur 7. Andel patienter i procent som har opererats inom 3 respektive 6 månader under 2004 månad för månad. (Källa: Nationella Kataraktregistret).

Som framgår av Figur 6 och 7 ger en nedsatt produktion i december (2003, visas ej)-januari och juli-augusti förlängda väntetider (operation inom 3 månader) till operation i januari-mars och juli-oktober.

Dessa variationer medför att en väntelista snabbt kan byggas upp under perioder av obalans och att det därefter är svårt att arbeta bort väntelistan om resurserna är dimensionerade efter en genomsnittlig verksamhet på årsbasis. De flesta kliniker strävar efter att kalla patienter till operation eller förundersökning med cirka 4 veckors framförhållning. De ligger inte minst i patienternas intresse att kunna hinna förbereda sig angående hjälp från anhöriga, transporter, ledigheter från eventuellt arbete etc. före en operation. En normalstor ögonklinik har därför vid varje tillfälle cirka 125 kallelser utsända till kataraktoperation, cirka 125 kallelser utsända till återbesök och lika många kallelser utsände till förundersökning inför operation. Detta är således på en genomsnittlig ögonklinik en stor logistisk verksamhet som sätts på prov inte minst inför ledigheter och semestrar. Skall en enhet med säkerhet klara av att operera alla patienter inom en viss tid krävs därför förutom framförhållning en överkapacitet jämfört med den genomsnittliga verksamheten. Lösningen på problemet kan vara att en enhet dimensionerar operationsverksamheten olika under olika perioder av ett kalenderår eller att flera enheter/större regioner hjälps åt då belastningen ökar.

### **Nationella indikationer**

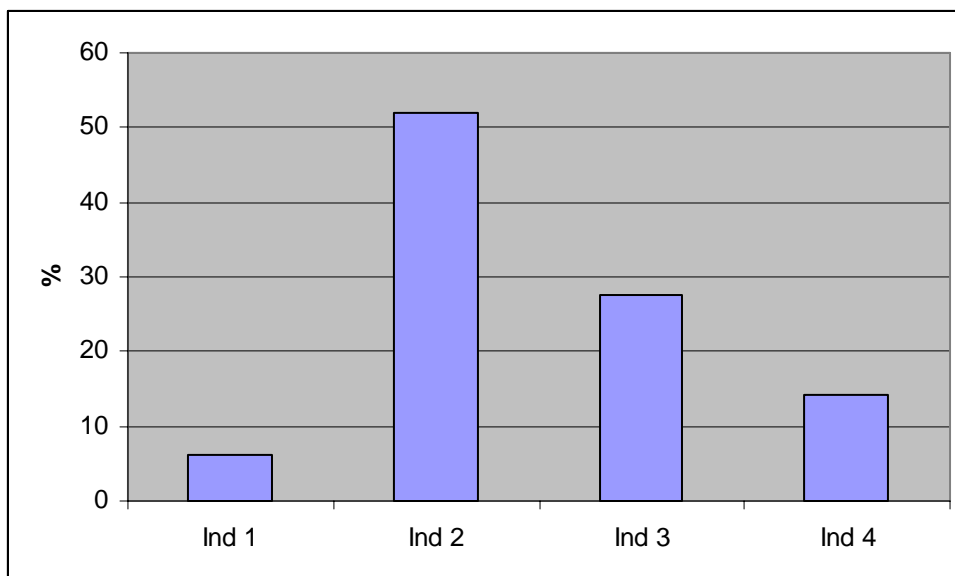
Ett villkor för en nationell vårdgaranti är att alla kliniker och landsting använder samma måttstock i graderingen av kataraktpatienter och operationsbehov. Mot bakgrund av vad som inträffade under den föregående vårdgarantin och det faktum att mått på synskärpa är en surrogatvariabel för det väsentliga, nämligen patientens besvär av katarakt och upplevda nytta av operation, så har indikationer som framför allt tar hänsyn till patientens besvär varit ett självklart mål. Förslaget till nationella indikationer har presenterats för ögonsjukvårdens klinikchefskonferens, Sveriges ögonläkarförenings årsmöte och kommer att presenteras på Nationella Kataraktregistrets användarmöte. Formulär för bedömning av patientens besvär (Priquest) och gradering av indikationer (NIKE) har redan i juli sänts ut till alla opererande enheter.

I flera regioner har formulären och indikationsställandet redan införts som rutin.

*Implementering i samtliga regioner och landsting av projektgruppens förslag till nationella indikationer är ett måste för att det skall finnas ett gemensamt språk då vårdgarantin skall hanteras nationellt.*

### **Landstingens möjligheter att kunna klara vårdgarantin.**

Baserat på en förstudie och på valideringsstudien fördelar sig indikationsgrupp 1-4 enligt nedanstående Figur 8:



Figur 8. Fördelning av indikationsgrupper baserat på 1 413 operationstillfällen.

Utgår man från 2004 års operationsvolym skulle denna fördelning motsvara nedanstående antal operationer per indikationsgrupp.

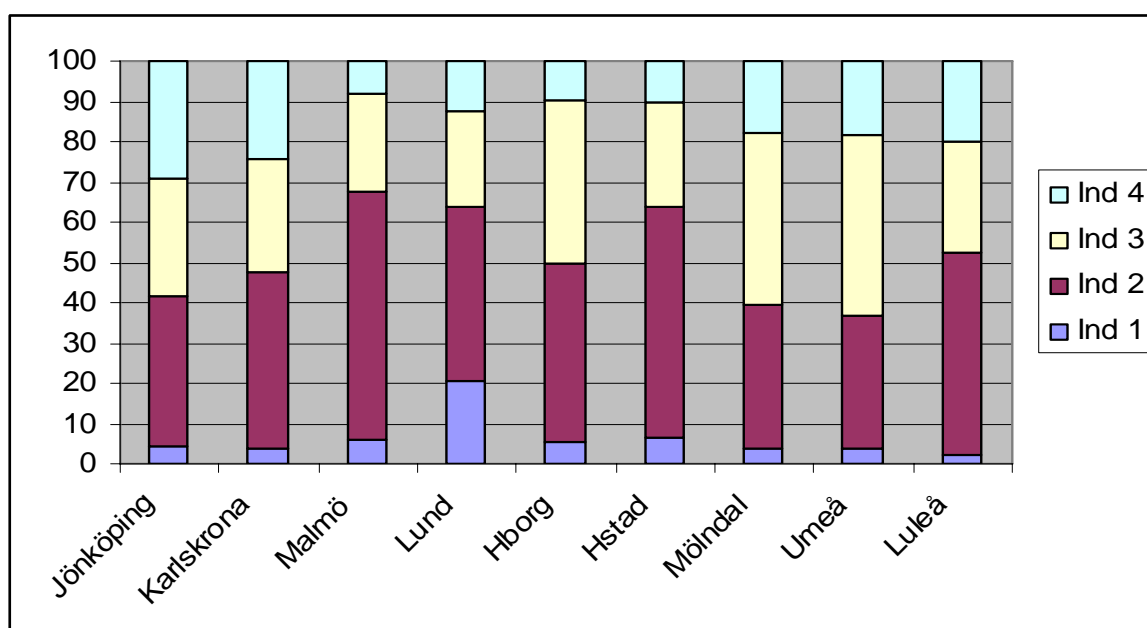
Indikationsgrupp 1 4 709

Indikationsgrupp 2 40 064

Indikationsgrupp 3 21 383

Indikationsgrupp 4 11 038

Klinikernas och landstingens patienter är dock olika beroende på hur mycket man opererat tidigare och därmed hur stort det uppdämda behovet är. Ingen region opererar på incidens utan de patienter som opereras utgör en blandning av dem som haft ett operationsbehov i flera år och dem som insjuknat nyligen. Spridningen mellan olika kliniker i patienter kan visas med följande diagram (Figur 9) som är en sammanslagning av en pilotstudie och valideringsstudien.



Figur 9. Fördelningen av indikationsgrupper i nio klinikers operationsverksamhet under förstudie och valideringstest.

Som framgår av Figur 9 utgör Grupp 4 hos fyra kliniker från Skåne bara cirka 10 % av patienterna medan den i Blekinge och Jönköping utgör mellan 20 och 30 % av patienterna. Detta innebär förstås att de nya nationella indikationerna medför att 90 % av dem som nu opereras på Skåneklirikerna skall få operationen utförd inom 3 månader medan detta gäller för bara 70-80 % av patienterna på kliniker i Blekinge och Jönköpings län.

Vilken effekt som vårdgarantin för indikationsgrupp 1-3 kommer att ha för de olika landstingen går inte att förutspå. Tas den procentuella fördelningen mellan indikationsgrupper på nationell nivå som en approximation för hur det blir för landstingen skall följande antal operationer (i 2004 års siffror) utföras inom 3 månaders väntetid:

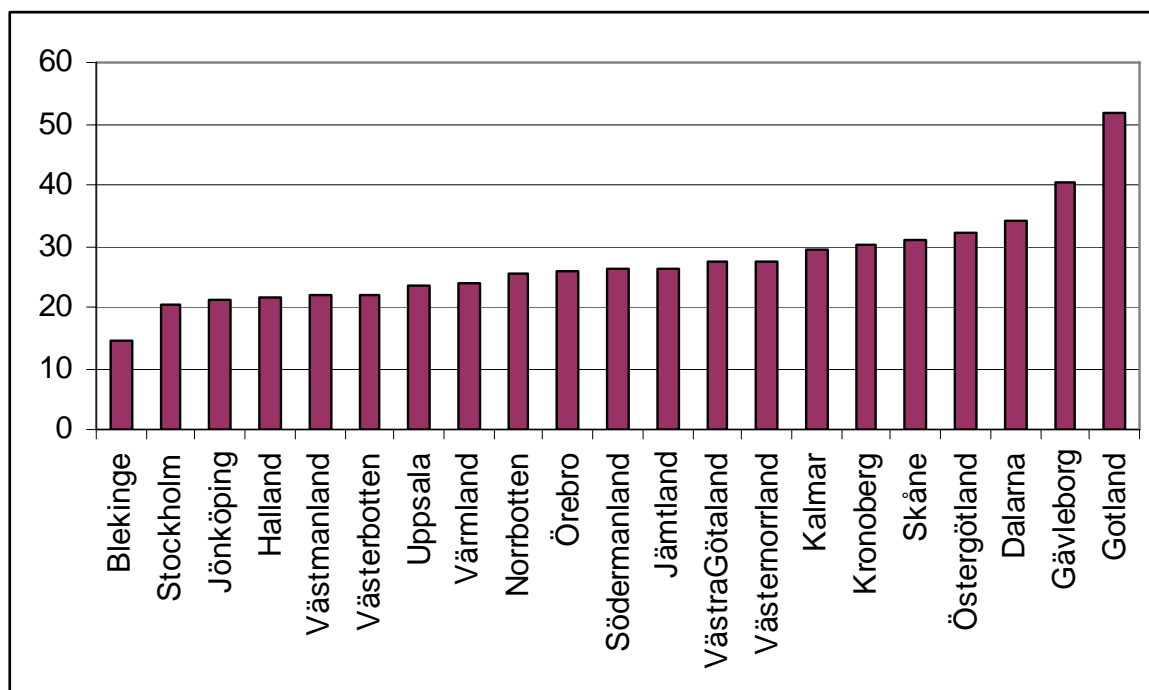
*Tabell 5. Antal operationer per landsting motsvarande 85,7 % (=Grupp 1-3) av 2004 års produktion. I tabellen redovisas också väntetiden i månader under 2004 för percentilen 85,7 % och 58 % (motsvarande Grupp 1-2).*

Landsting	Antal operationer inom 3 månader (85,7 %)	Väntetid för respektive percentil	
		2004 för 85,7 % (Grupp 1+2+3)	2004 för 58 % (Grupp 1+2)
Stockholm	13 532	6	4
Uppsala	2 211	8	5
Södermanland	2 197	5	4
Östergötland	2 454	5	3
Jönköping	3 064	6	3
Kronoberg	1 334	22	6
Kalmar	1 863	9	5
Gotland	452	15,3	9
Blekinge	1 098	6	4
Skåne	8 096	13	9
Halland	2 015	5	3
Västra Götaland	11 416	10	6
Värmland	2 252	10	9
Örebro	1 962	6	4
Västmanland	2 095	3	2
Dalarna	2 079	11	5
Gävleborg	1 749	13	7
Västernorrland	1 796	5	3
Jämtland	733	14	8
Västerbotten	1 828	10	6
Norrbottn	1 833	5	4

Av tabellen framgår att enbart Västmanland skulle med nuvarande kapacitet och med den operationsvolym som förelåg 2004 klara av att operera ett antal motsvarande Grupp1-3 inom 3 månader.

Skall man, emellertid, försöka förutspå landstingens möjlighet att klara av vårdgarantin måste man ta hänsyn till fler faktorer än 2004 års väntetider. Som tidigare påpekats skiljer sig landstingen åt beträffande vid vilken svårighetsgrad man opererar katarakt. I figur 10 visas andelen i procent av patienterna som såg under 0,5 på bästa ögat vid tiden för operation per

landstingsområde. I Nationella Kataraktregistrets finns också information om patienternas svårigheter att klara synkrävande vardagliga sysslor och besvär av bländning. Detta har mätts på ett urval av patienter under 10 år.



Figur 10. Andelen i procent av patienterna som såg under 0,5 på bästa ögat vid tiden för operation per landstingsområde. (Källa: Nationella Kataraktregistret).

Dessvärre sammanfaller till en del långa väntetider och patienter med dålig syn och stora besvär, det vill säga i landsting med långa väntetider har förhållandevis många patienter dålig syn och stora besvär.

Väger man samman all denna information så står det klart att vissa landsting kommer att få utomordentligt svårt att klara vårdgarantin, medan andra kommer att klara det lättare.

### E-post remiss för kataraktoperation.

Inom Jönköpings Läns Landsting har ett pilotarbete bedrivits för att ta fram en e-post remiss som sammanfaller med förslaget till nationella indikationer för kataraktoperation. Ansvarig för arbetet har varit överläkare Werner Polland, Ögonkliniken, Ryhovs sjukhus, Jönköping. Remissen kan hämtas hem från webben. Grundutförandet baseras på Sveriges Ögonläkarförenings förslag till s.k. optikerremiss, det vill säga en remissblankett som skall användas av optiker vid remiss av patienter till ögonsjukvården. På den nu framtagna remissen finns en fråga om man misstänker katarakt. I så fall kan man klicka fram en bilaga till remissen som har exakt de frågor som ingår i Priquest. Det är således möjligt för envar att via webben hämta hem en remissblankett som innehåller den information som behövs för att fastställa indikationen för kataraktoperation enligt förslaget till nationella indikationer. Dock saknas den medicinska bedömningen, det vill säga om det finns medicinska skäl till snabb operation. Om remitterande är en privatpraktiserande ögonläkare kan det framgå, men knappast om remissen kommer från primärvård eller optiker.

## Rekommendationer inför Vårdgarantin 2005.

EyeNet Swedens förslag innebär att indikationsgrupp 1-3 skall opereras medan Grupp 4 kan vänta. Oavsett de ovan föreslagna medicinskt acceptabla väntetiderna så finns ett övergripande beslut att de som skall opereras skall få detta gjort inom 3 månader.

Mot bakgrund av 13 års statistik kan man påstå att det idag inte är möjligt för Grupp 1-3. De förundersökningar och valideringsstudier som gjorts pekar mot att cirka 66 000 operationer bör göras inom 3 månaders väntetid (baserat på operationsvolymen 2004 och fördelningen mellan olika indikationsgrupper i projektet). Under inget tidigare år då registret funnits har detta varit möjligt. Som mest har cirka 45 000 operationer gjorts inom 3 månaders väntetid.

Några förslag till åtgärder för att garantin skall kunna genomföras:

1. Det kommer att vara en inkörningsperiod med svårigheter att klara garantin i början. Under denna tid bör Grupp 1 och 2 ges företräde.
2. Vissa kliniker/landsting/regioner kommer att ha svårare än andra att klara garantin. Förmågan kan förbättras genom att samtliga kliniker i ett landsting/en region samverkar om kataraktoperationer. För mindre landstingsområden kan samverkan med andra landsting underlätta förmågan att klara vårdgarantin.
3. Kliniker bör dimensionera kataraktkirurgin olika under ett kalenderår så att man inte drar på sig köer efter långhelger och semestrar. Detta kan ske genom att ha hög verksamhet omedelbart efter ledigheten eller genom att ha verksamhet även under semestrar.
4. Det kan eventuellt vara en fördel att skilja på kataraktverksamhet och övrig ögonsjukvård. Exempel på det är att ha budget och personalresurser för kataraktoperation åtskilda från övrig verksamhet på en ögonklinik eller att utnyttja andra vårdgivare.

## Uppföljning av vårdgarantin.

Nationella Kataraktregistret har registrerat väntetider sedan registrets start 1992. Väntetiden har definierats som tid från beslut om operation till datum för utförd operation. Nationella Kataraktregistret har sedan starten haft en hög täckningsgrad. Under senare år deltar samtliga landstingskommunala enheter som utför kataraktoperation liksom nästan alla privata operationsverksamheter. Täckningsgraden gällande antalet operationer var 98,1 % under 2004. För de två grupperna av vårdgivare var täckningsgraden 98,6 % för offentlig verksamhet och 96,5 % för privat verksamhet.

Nationella Kataraktregistrets rapportformulär (papper eller web) är förberett för att från den 1/11 2005 rapportera även indikationsgrupp på varje utförd operation. Detta innebär att i registrets databas kommer att lagras uppgifter bland annat om klinik, väntetid, synskärpa och indikationsgrupp. Det känns därför naturligt att föreslå att uppföljningen görs via Nationella Kataraktregistret.

## Referenser

1. Hanning M, Lundström M. Assessment of the maximum waiting time guarantee for cataract surgery: The case of a Swedish policy. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998;14:180-193.
2. Hanning M, Lundström M. Waiting for cataract surgery – effects of a maximum waiting-time guarantee policy. Submitted.

3. Hanning M. Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy to Long Waiting Lists. Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996. Dissertation. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala 2005.
4. Romanchuk KG, Sanmugasunderam S & Hadorn DC. Developing cataract surgery priority criteria: results from the Western Canada Waiting List Project. Can J Ophthalmol 2002;37:145-154.
5. Lundström M, Brege KG, Florén I, Roos P, Stenevi U, Thorburn W. Cataract surgery and effectiveness. 1. Variation in costs between different providers of cataract surgery. Acta Ophthalmologica Scand. 2000;78:335-339.

### Referensgrupp

Följande kirurger har ingått i den referensgrupp som bedömt förslaget till nationella indikationer och den kommande nationella vårdgarantin för sjukdomen katarakt.

### Projektledning: EyeNet Sweden.

Projektledare: Mats Lundström, EyeNet Sweden, Blekingesjukhuset, Karlskrona

Projektsekreterare: Kristin Svensson, EyeNet Sweden, Blekingesjukhuset, Karlskrona

### Referensgrupp:

Ingemar Håkansson	Universitetssjukhuset i Lund	Lund
Maria Egardt	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Mölndal
Ragnhild Lorefors	Sunderby Sjukhus	Luleå
Per Montan	S:t Eriks Ögonsjukhus	Stockholm
Eva Mönestam	Norrlands Universitetssjukhus	Umeå
Sven Ohlsson	Universitetssjukhuset MAS	Malmö
Werner Polland	Länssjukhuset Ryhov	Jönköping
Andrea Schmidt	Länssjukhuset	Halmstad
Göran Svensson	Helsingborgs Lasarett	Helsingborg

Karlskrona i september 2005

Mats Lundström  
 EyeNet Sweden  
 Blekingesjukhuset  
 371 85 Karlskrona  
 e-post: [mats.lundstrom@ltblekinge.se](mailto:mats.lundstrom@ltblekinge.se)