

Mer jämlik vård för patienter med katarakt

Resultat av införande av nationella operationsindikationer

MATS LUNDSTRÖM, adjungerad professor, avdelningen för oftalmologi, Lunds universitet, chef för EyeNet Sweden, Blekingesjukhuset, Karlskrona
mats.lundstrom@ltblekinge.se

SUSANNE ALBRECHT, leg ögon- och forskningsjukskoterska, EyeNet Sweden, Blekingesjuk-

huset, Karlskrona

EVA WENDEL, leg ögon- och forskningsjukskoterska, EyeNet Sweden, Blekingesjukhuset, Karlskrona

MARIANNE HANNING, fil dr, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

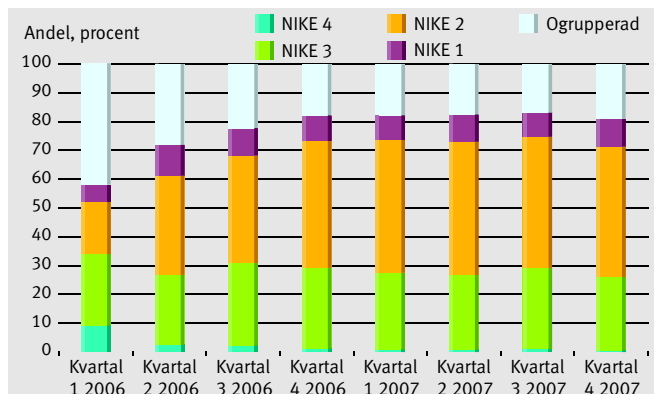


Kataraktoperation är ett av pionjärområdena i uppbyggnaden av nationella medicinska indikationer [1]. Ett förslag till indikationer för kataraktoperation presenterades i september 2005, och sedan den 1 maj 2006 ingår en variabel för indikationsgrupp i nationella kataraktregistret (NCR).

Kvalitetsförbättringsprojekt

År 2003 startades ett nationellt kvalitetsförbättringsprojekt inom kataraktkirurgin. Syftet var att förbättra kataraktsjukvården så att rätt patient opererades vid rätt tidpunkt och med rätt teknik. Ett delmål var att införa en nationell indikationsmodell som differentierar väntetiden efter sjukdomsgrad och subjektiva besvär. Utgångspunkten för arbetet var ett prioriteringsverktyg som använts i västra Kanada [2]. Indikationsmodellen gavs namnet NIKE (Nationella indikationer för kataraktextraktion). Frågor till patienten om besvär i det dagliga livet ansågs vara en viktig del av indikationsmodellen.

Nationella kataraktregistret (NCR, <www.cataractreg.com>) har bedrivit registrering av patientens nytta av kataraktoperation sedan 1995 [3]. Det instrument som använts vid registreringen (Catquest) har validerats och testats för svenska förhållanden [4, 5]. Därför skapades ett frågeformulär till patienten (Priquest) med frågor om dagliga besvär, kataraktsymtom och oberoende leverne hämtade från Catquest. Patientens svar på dessa tre frågeområden resulterade i poäng som överfördes på ett särskilt formulär, indikationsinstrumentet NIKE. Ytterligare bedömningsområden var synskärpa på båda ögon, som också resulterade i poäng. Poängen från de olika bedömningsområdena adderas till en totalpoäng som medför att indikationen klassas i en av fyra indikationsgrupper. Indikationsgrupp 1 innebär mest angelägen indikation för operation och grupp 4 minst angelägen. Medicinsk indikation (ögats integritet hotad) och sjukskrivning i väntan på operation medför högsta indikation. Andra samtidigt ögonsjukdomar som starkt ifrågasätter möjligheten till förbättrad syn efter operation försvagar indikationen ett steg. Projektgruppen beslöt att genomföra en validering av NIKE. Testet visade att NIKE var undersökarneu-



Figur 1. Andelen (procent) operationer under 2006 och 2007, där indikationen grupperats enligt NIKE i grupp 1 (vinröd), grupp 2 (gul), grupp 3 (grön) eller grupp 4 (blå). Ej grupperad markeras med vitt.

tralt, pålitligt vid upprepade test och tycktes gradera patienterna även efter effekt av operation så att de mest angelägna hade störst nytta av operationen [6].

År 2004 fick kompetenscentrum EyeNet Sweden i uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting att utarbeta nationella medicinska indikationer för behandling av katarakt, som finns redovisat i en rapport [7]. Där rekommenderas indikationsmodellen med NIKE och Priquest för allmänt bruk i Sverige. Därigenom opereras katarakt på samma indikationer i hela landet och för kommunikationen mellan landsting och kliniker finns ett gemensamt språk när det gäller behov av kataraktoperation. Dessutom föreslogs att patienter tillhörande indikationsgrupp 4 kan avvakta med operation. Under 2004 och 2005 redovisades och förankrades förslaget inom professionen.

Uppföljningen av indikationsmodellen beslutades ske med hjälp av NCR. Indikationsgrupp infördes därför som en variabel i registret med början den 1 november 2005. Variabeln består av ett numeriskt värde för indikationsgrupp. Variabeln gjordes obligatorisk från och med den 1 maj 2006. Möjlighet finns att markera att patienten inte är grupperad enligt indikationsmodellen. Uppföljningen syftade till att belysa indika-

SAMMANFATTAT

Ett förslag till nationella indikationer för kataraktoperation lanserades i september 2005, och indikationsgrupp infördes som en variabel i nationella kataraktregistret i maj 2006.

Andelen kataraktoperationer i Sverige som bedömts enligt de nationella indikationerna har legat på 80–85 procent sedan införandet.

Omdömet från landets klinikchefer inom ögonspecialiteten har varit att idén med gemensamma nationella indikationer är bra.

Effekten av införandet har bedömts som positiv när det gäller ökad patientmedverkan, minskad variation mellan kirurger i bedömning av operationsbehov och förbättrad

hantering av vårdgarantin.

Negativa effekter har varit ökad administration med nya formulär i rutinverksamheten och därmed försämrad arbetsmiljö.

De nationella indikationerna har medfört att gränsdragningen mellan beslut om operation och avvaktat förtydligats. En majoritet av kliniker följer dessa rekommendationer.

Data från nationella kataraktregistret visar att variationen i operationsfrekvens mellan landstingen har minskat och att väntetiden kortats kraftigt för de mest angelägna indikationsgrupperna. Därmed har också vårdgarantin för dessa fungerat bättre och bättre.

TABELL I. Verksamhetschefernas svar på frågan »Hur anser du att indikationsmodellen har påverkat följande?«

Alternativ	Ökat	Varken eller	Minskat	Vet ej	Ej svar
Operationsvolymen	3	24	8	1	2
Väntetiderna	0	24	11	1	2
Patientflödet över landstingsgränserna	10	17	6	3	2
Bedömningsvariationerna mellan kirurger	1	20	11	3	3

tionsinstrumentets användning och implementering, utformning av formulär och manual, verksamhetschefernas åsikter om NIKE samt modellens eventuella effekt på operationsvolym och väntetid.

METOD OCH MATERIAL

Uppföljningen byggde på följande datakällor: NCR:s databas för att följa upp antalet operationer, indikationsgrupp och väntetider; insamling av NIKE-formulär för att följa upp registreringen av indikation; en enkät till verksamhetschefer för att följa upp implementeringen av indikationerna och hur de har uppfattats.

NCR startade 1992. Redan från starten ingick väntetid till operation som en variabel. Väntetiden definieras som tiden från uppsättning på väntelista till dagen för operation. Mellan 97 och 98 procent av alla kataraktoperationer som utförs i Sverige ingår i registret. NCR:s databas kan ge information om hur indikationsgrupperingen enligt NIKE utvecklats från 2006.

För uppföljningen av NIKE genomfördes en särskild insamling av formulär under januari 2007. Ett brev skickades till alla kontaktpersoner i NCR. Blanketterna har samlats in under januari 2007, främst vid förundersökningar på operationsenheter. Några enheter har även skickat in bedömningar för patienter som sedan inte har blivit opererade, t ex i grupp 4. Dessa formulär ingår i analysen.

En webbaserad enkät skickades i början av januari 2007 till samtliga verksamhetschefer eller den person som leder kataraktverksamheten vid de 53 enheter som deltog i NCR. Efter två påminnelser hade 44 enheter lämnat svar, vilket gav en svarsfrekvens på 83,0 procent. Svar inkom från minst en enhet i samtliga regioner/landsting och från såväl privata som offentliga enheter. Enkäten inleddes med frågan om man använder NIKE för klassificering av patienterna. De enheter som använder NIKE ombads besvara frågor om hantering av formulären (alternativt den elektroniska versionen), påverkan på väntetider, produktion och arbetsmiljö, hantering av den patientgrupp som bedöms kunna vänta med operation samt implementering. Avslutningsvis gavs utrymme för att ge ytterligare kommentarer till arbetet med nationella indikationer.

RESULTAT

Andelen operationer som grupperades enligt NIKE ökade från den 1 november 2005 fram till juli 2006, då ökningen planade ut. Därefter har andelen legat mellan 80 och 85 procent av samtliga operationer. Utvecklingen per kvartal under 2006 och 2007 visas i Figur 1. Av de 44 kliniker som besvarat enkäten var det sex som inte infört NIKE. Totalt ingick 53 enheter i NCR under 2006. Åtta av dessa använde inte NIKE. Införandet av instrumentet hade oftast föregåtts av information på ett avdelningsmöte eller motsvarande. Många enheter hade också tagit

fram skriftligt material. Av enkäten framgår att införandet av NIKE inte enbart berörde de opererande ögonklinikerna, utan många hade också involverat inremitterande vårdgivare, såsom privatläkare, optiker och annan ögonläkare utanför kliniken. Sammanlagt var det 17 enheter som fått in något av instrumenten från någon av dessa kategorier. Däremot hade ingen angivit att primärvården involverats.

Hanteringen av de två formulären (Priquest och NIKE) skedde på olika sätt. Det var vanligast att patienterna fyllde i Priquest på mottagningen vid det förberedande läkarbesöket inför operationen. Sammanställningen av NIKE-underlaget och poängberäkningen var på de flesta enheter en läkaruppgift. För att underlätta införandet av NIKE togs en elektronisk version fram. Information och formulär finns att hämta på EyeNet Swedens webbplats.

Hur väl har formulär och manualer fungerat?

Insamlingen resulterade i 2 962 formulär från 38 enheter. Antalet formulär per enhet var i genomsnitt 78 men varierade starkt. I materialet fanns 3,9 procent medicinskt indicerade operationsfall, som direkt placerats i indikationsgrupp 1 (operation inom en månad). Det var 0,5 procent som var sjukskrivna i väntan på operation. Vid analysen av NIKE noterades att det fanns flera alternativa utformningar. Av de 38 enheterna har 27 använt NIKE i originalutförande digitalt eller i pappersform. Övriga elva har gjort lokala anpassningar, som dock inte i något fall inneburit att innehållet i NIKE har ändrats.

Ögonsjukvården har som rutin att undersöka och dokumentera höger öga först, medan man i NIKE dokumenterar synskärpan för operationsögat först. Detta gav anledning till flera misstag, speciellt vid operation av vänster öga. Resultatet visade 57 fall av försvagad indikationsgrupp, dvs 1,9 procent av samtliga insamlade formulär. Missförstånd har uppstått gällande hur man ska hantera korrigerad indikationsgrupp. I enkäten ombads respondenterna värdera i vilken mån NIKE påverkat ett antal förhållanden. Vilka förhållanden det rörde sig om framgår av Tabell I och II. Några enheter hade sett minskad operationsvolym. En kommentar var att »Inflödet till operationsväntelista minskar något då NIKE 4 inte opereras«. En av de kliniker som ökat volymen uppgav att man förut inte opererade vissa av de patienter som finns i grupp 3. En annan menade att landstinget tidigare hade strängare indikationer gällande operation av »andra ögat«.

Väntetiderna hade minskat vid var tredje enhet. Flera kliniker som minskat operationsvolymen hade också förkortat sina väntetider. Några enheter påpekade att det inte var NIKE som medfört minskad väntetid utan i första hand vårdgarantin.

Av de olika attitydfrågorna kring NIKE har arbetsmiljön fått flest negativa omdömen. Av kommentarerna framgick att NIKE innebar en extra arbetsbörda i en redan tidigare ganska stressig situation. Över hälften av de svarande ansåg att NIKE medverkat till förbättrad patientmedverkan. Ingen har sett något negativt i detta avseende. Ett fåtal kommentarer påpekade att instrumentet underlättar diskussionen med patienterna samt att »... Priquests frågor är bra, man får snabbt en uppfattning om hur patienten uppfattar sina besvär ...«

En majoritet av enheterna ansåg inte att kommunikationen klinikerna emellan eller med andra landsting hade påverkats i någon större utsträckning.

Positivt och negativt om NIKE

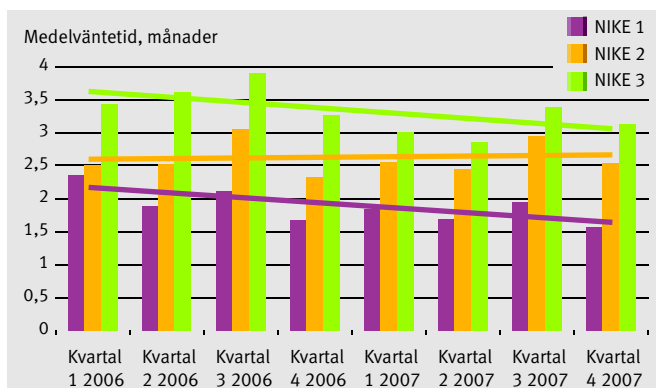
De positiva omdömena innehöll argument som »mer rättvist för patienterna, särskilt viktigt med tanke på valmöjligheterna«, »bra vid jämförelser av operationsfrekvens mellan landsting«, »bra när vi vill visa vilka resurser vi behöver«, »ger

TABELL II. Verksamhetschefernas svar på frågan »Hur anser du att indikationsmodellen har påverkat följande?«

Alternativ	Försämrat	Varken eller	Förbättrat	Vet ej	Ej svar
Arbetsmiljön	13	16	5	2	2
Patientmedverkan	0	15	20	2	1
Kommunikationen med andra kliniker	2	22	11	2	1
Kommunikationen med andra landsting	0	26	6	5	1
Hanteringen av vårdgarantin	4	17	15	1	1

TABELL III. Antal operationer i nationella kataraktregistret per år 2004–2007.

År	Antal operationer
2004	77 194
2005	78 901
2006	74 799
2007	73 997



Figur 2. Medelväntetid i månader till kataraktoperation per indikationsgrupp och kvartal, 2006–2007. Linjerna är trendlinjer.

mer likartad bedömning och bättre patientmedverkan; patienter med lindriga besvär förstår och accepterar väntetider som överstiger vårdgarantin», »underlättar remittering direkt från optiker«, »chefen kan inte längre säga att fel eller för många patienter sätts på väntelista«, »bra för jämförelser mellan offentliga och privata vårdgivare«. De negativa omdömena gällde följande förhållanden: »medför extraarbete«, »Priquest ger inte tillräcklig nytta för det merarbete det innebär«, »kan aldrig ersätta läkarbedömning när det gäller vinst och risker vid operation«, »onödigt i de klara operationsfallen«.

Operasjonsfrekvens, indikationsgrupper och väntetider

Uppgifter från kataraktregistret visar att det totala antalet gråstarrsoperationer minskade under 2006 och 2007 (Tabell III). Nedgången i antalet operationer började under andra kvartalet 2006. Operation av katarakt omfattas av vårdgarantin, och baserat på EyeNet Swedens rapport om gemensamma indikationer [7] borde operationer med indikation 1–3 enligt NIKE omfattas av garantin och därmed erbjudas operation inom tre månader från beslut om operation. Dessutom föreslogs att indikationsgrupp 1 borde opereras inom en månads väntetid. Medelväntetiderna per kvartal och indikationsgrupp under 2006 och 2007 framgår av Figur 2.

För indikationsgrupp 1 och 3 är trenden allt kortare väntetider under åren, medan indikationsgrupp 2 är relativt oförändrad. De högre värdena under kvartal 3 beror på minskad operationsverksamhet under sommartid. Väntetider för grupp 4 redovisas inte, då antalet operationer är litet och det är ett fåtal

kliniker som bidrar till denna grupp. De kliniker som använt NIKE på i stort sett alla patienter (>95 procent) under 2006–2007 karakteriseras av att deras patienter hade längre väntetid till operation och sämre synskärpa vid tiden för operation än patienterna på övriga kliniker. För samtliga kliniker i NCR gäller att medelväntetiden till operation under 2006–2007 minskats med över två månader jämfört med förut.

Den största förändringen vid införandet av NIKE är att det finns en grupp patienter vars behov bedöms vara sådant att de bör avvaktas med att opereras (grupp 4). Hur hanteras då detta av enheterna? Av 38 enheter svarade 31 »opereras inte«. Fyra enheter registrerar patienterna som 4:or och opererar, medan tre enheter opererar i undantagsfall och i så fall rapporteras grupp 4 i Kataraktregistret. Som framgår av Figur 3 minskade de regionala variationerna i operationsfrekvens mellan 2004 och 2007. Medianvärdet har minskat från 8,6 år 2004 till 8,1 operationer per 1 000 invånare år 2007.

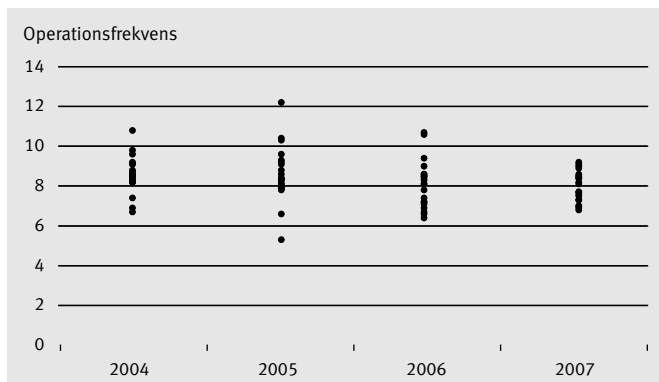
DISKUSSION

Användningen av NIKE ökade snabbt efter introduktionen, och sedan slutet av 2006 innehåller drygt 80 procent av de registrerade operationerna uppgift om indikationsgrupp. Mot denna bakgrund måste implementeringen av NIKE anses ha varit framgångsrik. Av den enkätundersökning som genomförts framgick också att de flesta verksamhetschefer var positiva till idén bakom gemensamma indikationer. Detta stöd är sannolikt det främsta skälet till att indikationerna kunnat introduceras så pass snabbt.

Uppföljningen visade att de kliniker som snabbt kom att utnyttja NIKE till alla patienter var kliniker med lite sämre tillgänglighet till operation, dvs längre väntetid till operation och sämre syn hos patienterna vid tiden för operation än övriga kliniker. Med NIKE som stöd har dessa kliniker kunnat reducera väntetiderna och minska funktionsnedsättningen vid tiden för operation och samtidigt hålla uppe operationsvolymen. Förändringarna får tolkas med försiktighet, då upphandlingsförfarande och lokala politiska beslut kan ha påverkat operationsvolymerna. Kritiska synpunkter på NIKE saknas inte, och det som tydligast har lyfts fram är svårigheten att inkludera nya formulär och att ändra rutiner i den dagliga verksamheten.

Formulären

För att underlätta införandet av NIKE distribuerades färdiga formulär dels i pappersform, dels i elektronisk form. Av enkäten och genomgången av formulär framgick att de flesta (71 procent) hade använt de utskickade formulären. I några fall hade anpassningar av formulären gjorts på lokal nivå för att lägga till fler funktioner än NIKE-hanteringen, vilket ju är en kreativ utveckling. Det har inte i något fall inneburit att originalinnehållet i NIKE hade ändrats. Anpassningarna på lokal nivå hade gjorts för att skapa egna praktiska lösningar som förbättrade processen för kataraktoperationer. Den elektroniska varianten var inte kompatibel med de befintliga systemen, vilket i några fall hade lett till att man tagit fram egna elektroniska varianter. Även här var det flera enheter som för att åstad-



Figur 3. Operationsfrekvens (per 1 000 invånare) per landsting, 2004–2007.

komma en rationell hantering hade gjort lokala anpassningar. Genomgången av de knappt 3 000 formulären visade att samtliga varianter av formulär fyllde sitt syfte att placera patienten i en indikationsgrupp. Analysen av hur man räknat ut indikationsgrupp visade att användarna upplevde de olika poängsystem som användes som en svårighet. Poängsystemen skapades för att vikta NIKE:s delområden olika. Trots detta förekom felberäkningar relativt sällan. Ökad användning av digitala system är önskvärd, eftersom det i princip eliminerar dessa felkällor vid poängberäkningen. En orsak till misstag var också turordningen i NIKE mellan operationsöga och icke-operationsöga i stället för höger och vänster öga, som är det vanliga inom ögonsjukvården. Oavsiktliga fel som görs vid användning av indikationsmodellen, som exempelvis korrigerande av indikationsgrupp, bilateral operation och felaktiga uträkningar av poäng, kan naturligtvis aldrig helt elimineras. Dock kan mängden fel minskas genom att se över dessa punkter och förenkla användarhanteringen vid revidering av NIKE. Manualen för NIKE innehåller användarinstruktioner, som också kan ses över och förbättras.

Validitet och effekt

En synpunkt som framkom i enkäten till verksamhetscheferna var att NIKE inte alltid är ett tillämpligt instrument för bedömning av indikationer. Hälften av de svarande uppgav att det fanns patienter som de inte klassade enligt NIKE. Bland de orsaker som nämdes var medicinska skäl (matur katarakt, andra ögonsjukdomar, akut förlopp) och att patienterna inte kunde medverka. I många av dessa fall har man inte utnyttjat instrumentets möjligheter fullt ut, t ex medicinsk indikation som placerar patienten i högsta indikationsgrupp. Andra tillfällen när man inte klassat enligt NIKE var om patienten tidigare var opererad på ett öga, privata patienter eller att patienten remitterats från en enhet där man inte använde NIKE. Det fanns också synpunkter på att patientenkäten ibland inte fungerade, då vissa patienter tenderade att antingen förminska eller förstora besvären.

Syftet med NIKE är att få en nationell, enhetlig och rättvis bedömning av när grå starr bör opereras. Som en följd av detta bör de regionala skillnader som finns i operationsfrekvens minska. Detta var också vad som hände under 2006–2007 samtidigt som antalet operationer minskade med drygt 5 procent. Det är naturligtvis svårt att avgöra i vilken mån detta varit en effekt av införandet av de gemensamma indikationerna. Det faktum att flera kliniker i områden med traditionellt låg operationsfrekvens uppgav att NIKE medfört vidgade indikationer när det gäller operation av öga 2 och patienter i grupp 3 måste dock innebära ett steg mot likartade indikationer för katarakt-

operation i landet, likaså uppgiften att vissa kliniker slutat operera grupp 4, medan andra hävdade att de aldrig opererat denna typ av patienter.

Under 2006–2007 minskade väntetiderna till operation påtagligt, och medelväntetiden närmast halverades. Det var främst i grupperna 1 och 3 (Figur 2) som väntetiderna minskade. Avvikelsen från den rekommenderade väntetiden var störst i grupp 3, och möjligheten finns att patienter »prioriteras upp« på grund av väntetiden. Detta visar också på värdet av att kunna följa olika indikations-/prioriteringsgrupps väntetider för att studera skundanträngningseffekter av vårdgarantin. Den största förändring som kunde förväntas var att patienter som tillhör indikationsgrupp 4 inte bör opereras utan att man bör avvakta tills besvären blivit mer omfattande. Denna princip tillämpades också relativt strikt vid enheterna enligt enkätsvaren och rapporteringen till NCR.

KONKLUSION

Det är svårt att se att NIKE haft några negativa effekter på kataraktsjukvården, undantaget det administrativa merarbete som införandet av formulären medverkat till. Däremot har NIKE gjort det möjligt att jämföra samman den professionella bedömningen av vilka patienter som bör opereras. Detta underlättar tillämpningen av vårdgarantin men innebär dessutom att vården kan förväntas bli mer jämlik och effektiv. Det förhållande som bedömdes ha påverkats mest positivt var patientinflytandet. Införandet av ett särskilt instrument (Priquest) som en del av beslutsunderlaget vid bedömningen av vårdbehovet har således gjort det möjligt att på ett strukturerat sätt fånga och tillföra patients åsikt vid operationsbeslutet. Att patienterna får ökat inflytande är något som länge har varit önskvärdt men kanske inte så lätt att omsätta i praktiken på ett enhetligt sätt.

Kataraktsjukvården är föregångare när det gäller arbetet med nationella medicinska indikationer. Uppföljningen visar att det är möjligt att med hjälp av ett nationellt indikationsarbete påverka de regionala variationerna i operationsfrekvens och de stora variationerna i väntetider. En förutsättning för att kontinuerligt kunna följa tillämpningen och effekterna av indikationerna är dock att de dokumenteras. I detta fall har en särskild variabel införts i det nationella kvalitetsregistret. Med detta underlag har det också varit möjligt att kontinuerligt överväga såväl innehållet i underlaget som indelningen i indikationsgrupper, vilket resulterat i att en revidering av instrumentet trädde i kraft från och med år 2008.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hanning M, Bergquist C, Kärvinge C, Moa G, Molin R, Nordlander B, et al. Nationella medicinska indikationer – nyckeln till evidensbaserad, tillgänglig och rättvis vård. Läkartidningen. 2008;7:363-6.
- Romanchuk KG, Sanmugasunderam S, Hadorn DC; Steering Committee of the Western Canada Waiting List. Developing cataract surgery priority criteria: results from the Western Canada Waiting List Project. Can J Ophthalmol. 2002;37:145-54.
- Lundström M, Stenevi U, Thorburn W. The Swedish National Cataract Register: A 9-year review. Acta Ophthalmol Scand. 2002;80:248-57.
- Lundström M, Jensen S, Fregell G, Roos P. Catquest questionnaire for use in cataract surgery care: Description, validity and reliability. J Cataract Refractive Surg. 1997;23:1226-36.
- Lundström M, Stenevi U, Thorburn W, Roos P. Catquest questionnaire for use in cataract surgery care: Assessment of surgical outcomes. J Cataract Refractive Surg. 1998;24:688-91.
- Lundström M, Albrecht S, Håkansson I, Lorefors R, Ohlsson S, Poland W, et al. NIKE, a new clinical tool for setting indications for cataract surgery. Acta Ophthalmol Scand. 2006;84:495-501.
- Rapport angående Nationella Indikationer för Kataraktoperation. EyeNet Sweden, Karlskrona 2005. http://www.eyenetsweden.se/swe_home.htm