

Høringssvar til National klinisk retningslinje for aldersbetinget grå stær

1. Danmarks Optikerforening, jm@optikerforeningen.dk
2. KL, JJC@kl.dk
3. DASYS, HelleJohnsen@dsr.dk
4. Alcon, mikkel.johansen@alcon.com
5. Peer Review, Jens Christian Nørregaard
6. Peer Review, Birgitte Haargaard
7. Danske Regioner, sco@regioner.dk

Sundhedsstyrelsen
e-mail syb@sst.dk
Att: Søren Brostrøm,
Enhedschef



DANMARKS
OPTIKERFORENING

Langebrogade 5
1411 København K

Tlf: 45 86 15 33
Fax: 45 76 65 76

do@optikerforeningen.dk
www.optikerforeningen.dk

12. juli 2013

Høring vedrørende nationale kliniske retningslinjer for aldersbetinget grå stær.

Danmarks Optikerforening har den 21. juni 2013 modtaget udkast til nationale kliniske retningslinjer for aldersbetinget grå stær i høring.

Danmarks Optikerforening er positiv overfor udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer, der kan danne grundlag for en ensartet praksis på landsplan og dermed styrke patientsikkerheden.

Danmarks Optikerforening har enkelte kommentarer til udkastet.

Under pkt. 2.6 drøftes om grå stær operation kan medføre en risiko for udvikling af AMD eller progression af en allerede eksisterende AMD. Det konkluderes, at det hos patienter med synsbetydende grå stær og AMD, bør tilbydes grå stær operation, hvis det skønnes, at der derved kan opnås en væsentlig subjektiv synsgevinst.

Danmarks Optikerforening skal i tilslutning hertil gøre opmærksom på, at såfremt patienten med gråstær og AMD efterfølgende får behov for forstørrende optik (svagsynsoptik) er et klart indblik til øjets nethinde en forudsætning for, at patienten kan opnå en tilfredsstillende løsning. Derfor finder Danmarks Optikerforening, denne faktor også bør tages i betragtning, når der tages stilling til om hvorvidt, der skal foretages en operation for gråstær.

Under pkt. 3.1 beskrives muligheden for korrektion med multifokale linser - IOL. Ved brug af IOL er det vigtigt, at informere patienten om, den multifokale linse alene indeholder to korrektionsmuligheder. Det betyder, at patienten f.eks. vil kunne komme til at se skarpt på afstand/nær eller på afstand/mellemafstand. Det vil ikke være muligt at opnå tilfredsstillende korrektion på samtlige afstande.

En orientering vil betyde, at patienten aktivt kan vælge hvilken korrektion, der vil være optimalt i forhold til patientens livsstil og behov, og dermed forebygge efterfølgende utilfredshed.

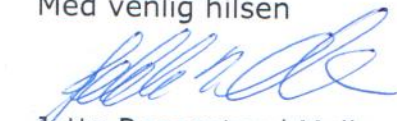
Hvis patienten er erhvervsaktiv, eller i øvrigt benytter EDB i et vist omfang, bør patienten endvidere orienteres om, at der vil kunne opstå problemer ved en efterfølgende tilpasning af en skærmbrille.

I pkt. 3.7 drøftes de risici, der kunne være forbundet med at udføre grå stær operation på begge øjne samme dag.

Danmarks Optikerforening kan tilslutte sig, at det optimale for patienten er, at grå stær operationerne foretages på begge øjne samme dag. Dette skyldes dels, at antallet af klinikbesøg kan begrænses, dels at den visuelle rehabilitering vil være væsentligt hurtigere for patienten. Dette forudsætter selvfølgelig, at det i det konkrete tilfælde i øvrigt er forsvarligt.

Danmarks Optikerforening har ikke yderligere kommentarer.

Med venlig hilsen



Jette Rosenstand Møller
Kontorchef Cand.jur.



Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og Beredskab
syb@sst.dk

Høringssvar

KL takker for lejligheden til at afgive høringssvar på Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for aldersbetinget grå stær.

KL har ingen bemærkninger til retningslinjen.

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Jacob Meller Jacobsen

Den 12. august 2013

Sags ID: SAG-2013-04542

Dok.ID: 1725686

JJC@kl.dk

Direkte

Mobil 2913 6601

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 1/1

Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Den 9. august 2013

Høringssvar fra DASYS vedr. Nationale Kliniske Retningslinjer for aldersbetinget Grå stær.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at indgive høringssvar.

Ovenstående retningslinje er meget grundig og yderst relevant i klinisk praksis, hvor mange af de behandlede spørgsmål diskuteres i den daglige behandling. I dette høringssvar tager vi overvejende udgangspunkt i klinisk praksis, som har bemærket overraskende konklusioner i vejledningen, og DASYS har følgende kommentarer

- Det er overraskende, at det umiddelbart er helt unødvendigt at benytte topikal antibiotika efter grå stær operation.
- Det forekommer rigtigt at anbefale at der skal være en væsentlig bygningsfejl, før man implanterer de dyre toriske linser.
- I afsnittet om bilateral sammedagskirurgi af grå stær virker det logisk, at de forskellige remedier skal være med forskellige batch numre, men det kan formentlig være svært i praksis.
- Der savnes en afklaring af spørgsmålet om præoperativ dilatation. Hvordan gøres det lettest og mest effektivt, set i forhold til effektiv ressourceudnyttelse ved den præoperative forberedelse af patienten?

DASYS ser det som positivt at det anbefales at medtage patientens udsagn om subjektive gener når indikation for operation stilles (visitationsregler som det svenske system). Ligeledes registrering af patientens udsagn vedr. udbytte af operationen mhp. udvikling og forbedring af scoringssystemer til at forudsige udbyttet af operationen.

Det er ligeledes positivt at der tages stilling til implementering på et område hvor både optikere, offentlige og private sygehuse og speciallægeklinikker er involveret i henvisning, indikation, visitation, behandling og kontrol. DASYS vil derfor opfordre at der kvalitetsregistreres og indberettes til nationalt register f.eks. LPR, uanset hvor operationen er foretaget. Herved vil der være større mulighed for valide data for effekten af behandlingen i forhold til den præoperative undersøgelse og de patientoplevede gener.

DASYS er således meget enig i konklusioner og anbefaling om robust monitorering, fremtidige forskningsområder og opfølgning på denne nationale retningslinje.

Vi håber at ovenstående vil være en hjælp i det videre arbejde med den nationale kliniske retningslinje.

Skulle vores høringssvar give anledning til spørgsmål uddyber vi naturligvis gerne vores synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Margit Roed
Formand for Dansk Sygepleje Selskab

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides gade 1
2300 København S
Sygehuse og Beredskab
syb@sst.dk

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for aldersrelateret grå stær

Alcon finder det positivt, at der udarbejdes en national klinisk retningslinje for aldersbetinget grå stær og støtter retningslinjens formål om at sikre ensartet behandling af høj kvalitet. Effektiv behandling af høj kvalitet er vigtig for patienterne for at sikre deres mobilitet og arbejdsevne, deres evne til at være selvhjulpne og deres livskvalitet. Derudover er det vigtigt for samfundet, idet det er en økonomisk belastning, når ældre mister evnen til at arbejde og være selvhjulpne.

Hos Alcon har vi med stor interesse læst den nationale kliniske retningslinje, der nu er sendt i høring, og det er vores klare vurdering og opfattelse, at det er et omfattende og grundigt arbejde, der ligger til grund for anbefalingerne. Ydermere finder vi det positivt, at problematikkerne omkring diagnostik og behandling adresseres, og at det først og fremmest er kvaliteten, der sættes i fokus.

Nogle kommentarer og anbefalinger i retningslinjen har dog vakt undren og bekymring hos os, og dem vil vi gerne adressere i følgende høringssvar. Derudover er vi bekymrede for, at betingelserne for implementeringen af retningslinjen ikke er optimale, hvilket vi også gerne vil adressere.

Alcon har arbejdet med at udvikle innovative behandlinger af øjensygdomme siden 1945, bl.a. til behandling af grå stær og har med vores repræsentation i 75 lande samt store forskningsafdeling med flere end 2.000 mennesker verden over en stor indsigt i og erfaringer fra området, som vi gerne vil bidrage med i denne proces.

På den baggrund vil Alcon gerne give følgende kommentarer til høringsudkastet.

Kommentarer til anbefalinger og konklusioner i retningslinjen

Anvendelse af toriske kunstlinser

Af national klinisk retningslinje for aldersrelateret grå stær i punkt 3.1 fremgår det, at *"det kan overvejes at anvende toriske kunstlinser hos patienter med præoperativ bygningsfejl på hornhinden."*

Spørgeskemaundersøgelsen i bilag 8 påpeger, at anvendelsen af toriske kunstlinser i dag er meget ulige fordelt. Faktum er da også, at patienten på det ene hospital får tilbudt at blive korigeret for bygningsfejl i forbindelse med sin grå stær operationen, mens patienten på et

andet hospital ikke får den mulighed. Patienter der ikke får operationen tilbudt på det offentlige hospital, skal selv betale for operationen på et privat hospital hvilket koster mellem 24.000 og 32.000 krⁱ. Dermed er nogle patienter meget bedre stillet end andre.

Derudover er der alle de patienter, der ikke kender til og ikke bliver oplyst om behandlingen, og som derfor må investere i briller resten af livet. En investering, der løber op i gennemsnitlig 21.000 krⁱⁱ over tid for den enkelte patient. Til sammenligning er der kun tale om en tillægsudgift på 1.828 kr. pr øje for hospitalerne, hvis man giver patienterne den toriske kunstlinse.

På baggrund af ovenstående mener Alcon, at det er positivt, at netop dette område adresseres i retningslinjen. Det er dog Alcons opfattelse, at anbefalingen kan og bør være mere klar i forhold til, hvornår de toriske kunstlinser skal anvendes. Den nuværende anbefaling anfører ikke, hvornår det er mest hensigtsmæssigt for patient og samfund at anvende de toriske kunstlinser.

Det er Alcons bekymring, at den nuværende ulige adgang til og anvendelse af de toriske kunstlinser ikke vil blive reduceret/undgået, hvis anbefalingen ikke bliver klarere, hvilket efter Alcons opfattelse sker ved at anføre en dioptri-værdi i retningslinjen.

Dioptri-grænsen bør efter Alcons opfattelse fastsættes med udgangspunkt i kliniske data. Visser et als metanalyseⁱⁱⁱ fra 2013 er et af de studier, der adresserer og påviser, hvornår de toriske kunstlinser bør anvendes. Af studiet fremgår det, at patienter med bygningsfejl og grå stær oplever en signifikant bedre UDVA (Uncorrected Distance Visual Activity) ved anvendelse af en toriske kunstlinse sammenlignet med en standardlinse ved en bygningsfejl på 1,5 dioptri eller mere.

På baggrund af ovenstående er det vores håb, at der i den endelige version af den nationale kliniske retningslinje for aldersrelateret grå stær vil defineres, hvilke patienter, der skal tilbydes de toriske kunstlinser.

Forebyggelse af postoperativ inflammation og makulædem med NSAID eller steroid

Alcon finder det positivt, at arbejdsgruppen fokuserer på evidensen for effekt og sikkerhed ved behandling med NSAID og steroid med det formål at sammenligne, hvilket af de to, der sikrer den bedste forebyggelse af inflammation og makulædem efter grå stær operation.

Alcon ønsker at henlede arbejdsgruppens opmærksomhed på, at diabetespatienter, patienter, der tidligere har haft ME, retinal vene okklusion, epiretinal fibrose og prostaglandin-brug er grupper af patienter med en særlig høj risiko for at udvikle post-operativ ME (makulædem), hvorfor retningslinjerne bør tage stilling til netop disse grupper^{iv, v, vi, vii}. Produktet Nevanac er det eneste NSAID med godkendt indikation til reduktion (statistisk signifikant) af risikoen for postoperativt makulært ødem forbundet med kataraktoperation hos patienter med diabetes^{viii}. Derfor anbefaler Alcon, at der til denne gruppe patienter laves en anbefaling på produktniveau og ikke blot på kategoriniveau.

Alcon mener, at de valgte effektmarkører for immunprocessen (flare og celler) er retvisende og korrekte at anvende til at diagnosticere graden af inflammation. Dog mener vi, at denne metode ikke er effektiv, når det drejer sig om at diagnosticere ME. Jvnf. Cochrane protokollen^{ix} er FFA

og OCT egnede diagnostiske metoder til at fastslå graden af makulædem (fortykkelse og/eller hård eksudat) og dermed bør anbefalingen ift. diagnostik og effektmarkører differentieres i forhold til de forskellige tilstande (inflammation/ME).

I sammenhæng med spørgsmålet vedr. hyppigheden af kontrolbesøg, mener vi at, man bør kigge på makulatykkelsen efter mere end fire uger, da det er et anerkendt faktum, at makulædem først manifesteres fire-seks uger efter operation. Risikoen for, at behandlingskrævende patienter forbliver udiagnosticerede, øges såfremt kontrollen afsluttes efter to uger^{x,xi,xii}. Nedsat synsskarphed hos CME-patienter medfører væsentlig funktionsnedsættelse, forringet livskvalitet og øgede sundhedsomkostninger.

Et andet effektmål, som ikke er inddraget i høringsdokumentet, er mindsning af patientens smerte efter operation. Andelen af smertefrie patienter fordobles (80% smertefrie sammenlignet med 41%), når de behandles med NSAIDs (i dette studie Nevanac 0,1%) i sammenligning med ingen behandling/placebo^{xiii}. Vi anbefaler, at man inddrager effektmålet "smertelindring" i analysen og vurderer denne i tillæg til inflammation og ME i forhold til hvilken behandling, som giver bedste resultat.

Det er blevet besluttet at afvente yderligere evidensgennemgangen, inden der gives anbefalinger ang. anvendelse af NSAID eller steroid. Alcon foreslår dog, at der udarbejdes en midlertidig anbefaling med udgangspunkt i eksisterende evidens for at sikre en høj ensartet behandlingskvalitet på tværs af landet i perioden frem til udgivelsen af den nye meta-analyse.

Pålidelighed af klinisk materiale

På side 19 i national klinisk retningslinje for aldersrelateret grå stær anføres det, at "*Det ene studium var sponsoreret af Alcon, og studieresultaterne blev anvendt til FDA godkendelse af AcrySof Toric. Arbejdsgruppen valgte derfor at nedgradere pålideligheden af studiet.*"

I den nationale kliniske retningslinje er GRADE-metoden valgt til at evaluere evidens-niveauet. I GRADE-metoden angives styrken i en anbefaling som summen af pålideligheden af de inkluderede kliniske data. Derfor undrer det Alcon, at det blot er dette ene studies pålidelighed, der anfægtes, og at pålideligheden af de resterende studier ikke adresseres på samme direkte måde i retningslinjen.

I forbindelse med "Publication bias" understreger GRADE, at man bør overveje at nedgradere studiers pålidelighed, såfremt de er små, små og industrisponsoreret, eller at andre interessekonflikter er gældende. Det er vores opfattelse, at det vil være meget svært at finde studier, i hvilke der ikke kan identificeres en eller anden form for interessekonflikt. Det omtalte studie Holland E et als, 2010 er et af de største studier, af længst varighed og med resultater, der ikke afviger signifikant fra andre studier^{xiv,xv}.

Alcon finder det problematisk, at et veldefineret klinisk studie gennemført af nogle af de mest anerkendte øjenlæger nedgraderes blot, fordi det er gjort muligt med støtte fra Alcon. Dette er hverken til gavn for patienterne eller samfundet. Hvis vi, og andre virksomheder, ikke kan støtte området gennem forskning, vil der fremadrettet gå ny og vigtig viden og erfaring tabt.

På den baggrund vil vi opfordre til, at alle studiers pålidelighed behandles ens i den endelige version af retningslinjen ved anvendelse af GRADE-metoden.

Bilag 1: Fremtiden – implementering, kvalitetskontrol og forskning

Af bilag 1 til national klinisk retningslinje for aldersrelateret grå stær anføres det, at *"Anbefalingerne i den nationale kliniske retningslinje er kun værdifuld i det omfang, de implementeres i den kliniske hverdag."* Alcon er helt enige i denne betragtning og støtter de initiativer, der er beskrevet ift. udbredelsen af retningslinjen til sundhedsprofessionelle, der varetager udredning og behandling.

Udbredelsen og implementeringen af den kliniske retningslinje er udover information og videndeling også afhængig af, at der er tildelt de nødvendige ressourcer på hospitalsafdelingerne. Det fremgår imidlertid ikke af kommissoriet for den nationale kliniske retningslinje, om der følger ressourcer med til implementeringen, hvorfor vi hos Alcon er bekymrede for, at de optimale betingelser for realiseringen af anbefalingerne ikke er til stede.

Eksempelvis er der for hospitalerne tale om en mindre tillægsudgift på 1.828 kr. pr øje, hvis man giver patienterne den toriske kunstlinse og korrigerer deres bygningsfejl under operationen. Det kan være nødvendigt at allokere ressourcer til denne tillægsudgift for at sikre, at udbredelsen af retningslinjen og behandlingen bliver ensartet og af samme høje kvalitet over hele landet.

Det samme kan gøre sig gældende i forhold til implementeringen af den øgede information til/dialog med patienter, der lægges op til i retningslinjerne.

Det er afgørende, at hospitalerne og sygehusene får de økonomiske rammer, der er nødvendige for at implementere de kommende nationale kliniske retningslinjer, ellers fastholdes den ulige adgang til behandling af grå stær. I så fald er målet med retningslinjen ikke opfyldt. Alcon vil derfor opfordre myndighederne til at gennemgå og vurdere det økonomiske perspektiv i retningslinjen, således at anbefalingerne kan implementeres til gavn for patienter og samfund.

Alcon takker for jeres tid og håber, at man i forbindelse med udarbejdelsen af den endelige indstilling til national klinisk retningslinje for aldersrelateret grå stær vil tage højde for ovenstående bekymringer.

Hvis I har spørgsmål til ovenstående eller gerne vil have en yderligere uddybning, er I naturligvis meget velkomne til at kontakte os.

Med venlig hilsen



Kristofer Karlsson
General Manager Nordic countries

ⁱ www.memira.dk, www.euroeyes.dk, www.eyeclinic.dk

ⁱⁱ Beregning baseret på data fra Optikerforeningen på gennemsnitlig pris på briller, der korrigerer for bygningsfejl (dkk 7.000,00 kr) og frekvens for køb af nye briller (hver 3. år) samt data fra <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2013/KliniskRetningslinjeGraagStaarHoering.aspx> på gennemsnitsalderen for behandling af grå stær samt gennemsnitslevealderen i Danmark (Danmarks Statistik)

ⁱⁱⁱ Nienke Visser, MD, Noël J.C. Bauer, MD, PhD, Rudy M.M.A. Nuijts, MD, PhD. Cataract Refract Surg 2013; 39:624–637 Q 2013 ASCRS and ESCRS

^{iv} Pollack A, Leiba H, Buckelman A, Oliver M (1992) Cystoid macular oedema following cataract extraction in patients with diabetes. Br J Ophthalmol 76:221–224

^v Dowler JFG, Sehmi KS, Hykins PG, Hamilton AM (1999) The natural history of macular edema after cataract surgery in diabetes. Ophthalmology 106:663–668

^{vi} Krepler K, Biowski R, Schrey S, Jandrasits K, Wedrich A (2002) Cataract surgery in patients with diabetic retinopathy: visual outcome, progression of diabetic retinopathy, and incidence of diabetic macular oedema. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 240:735–738

^{vii} The Royal College of Ophthalmologists, Cataract Surgery Guidelines September 2010, Scientific Department The Royal College of Ophthalmologists 17 Cornwall Terrace Regent's Park London NW1 4QW.

^{viii} EMA 24/09/2012 Nevanac -EMA/H/C/000818 -R/0015, February 12th 2012

^{ix} Prophylactic non-steroidal anti-inflammatory agents for the prevention of cystoid macular oedema after cataract surgery, Prophylactic non-steroidal anti-inflammatory agents for the prevention of cystoid macular oedema after cataract surgery (Protocol) iCopyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

^x Nikica G, Ljerka HP, Jelena P. Cystoid macular edema in anterior chamber lens implantation following posterior capsule rupture. Doc Ophthalmol. 1992;81:309-315.

^{xi} Jaffe NS, Luscombe SM, Clayman HM, et al. A fluorescein angiographic study of cystoids macular edema. Am J Ophthalmol 1981;92:775

^{xii} Bonnie A. Henderson et al., Clinical pseudophakic cystoid macular edema, RISK FACTORS FOR CME AFTER CATARACT EXTRACTION, J. Cataract Refract Surg 2007; 33:1550–1558, 2007 ASCRS and ESCRS

^{xiii} Lane et al. Nepafenac ophthalmic suspension 0,1% for the prevention and treatment of ocular inflammation associated with cataract surgery. J Cataract Refract Surg. 2007. 33. 53-58

^{xiv} GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidenced publication bias, Journal of Clinical Epidemiology, Volume 64, Issue 12, pages 1277-1282, December 2011

^{xv} Toric intraocular lenses: Historical overview, patient selection, IOL calculation, surgical techniques, clinical outcomes, and complications

Peer review af national klinisk retningslinje for aldersbetinget grå stær

Den nationale kliniske retningslinje for aldersbetinget grå stær er overordnet en meget systematisk, gennemarbejdet og grundig rapport baseret på relevant litteraturgennemgang. Vurderingen af evidensens kvalitet er generelt udmærket, og anbefalingerne er formulerede i overensstemmelse med denne vurdering.

Nedenstående review tager udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål og dertil hørende anbefalinger (begge i kursiv), som umiddelbart efter er kommenteret. Yderligere kommentarer er tilføjet kronologisk med sidehenvisninger.

Afsnittene knyttede til samt selve de fokuserede spørgsmål 7 (NSAID og steroid) og 9 (førstedags kontrol) og anbefalingerne hertil har nogle svagheder (se nedenfor).

Det er ønskeligt at supplere retningslinjen med et fokuseret spørgsmål vedrørende diabetes og grå stær kirurgi (se fokuseret spørgsmål 7, kommentar 4).

Endvidere er det ønskeligt, da retningslinjen ikke berører dette, med et forslag til, hvorledes patienter bør efterkontrolleres, og hvordan man med registrering af disse vil sikre fremtidig kvalitetskontrol (se fokuseret spørgsmål 9, kommentar 1).

Fokuseret spørgsmål 1: *Kan man ud fra patientens synsstyrke (visus) afgøre hvilke patienter, der har særlig gavn af operation for grå stær set i forhold til risici ved operation?*

Den nationale kliniske retningslinje anbefaler ikke, at man rutinemæssigt bruger den præoperative synsstyrke som kriterium for operationsindikation.

Baseret på de forhåndenværende data synes anbefalingen passende, og jeg har ikke yderligere kommentarer.

Fokuseret spørgsmål 2: *Kan man ud fra patientens subjektive klager afgøre hvilke patienter, der har særlig gavn af operation for grå stær set i forhold til risici ved operation?*

Den nationale kliniske retningslinje anser det som god praksis, at man rådgiver patienter og stiller indikation for grå stær operation ud fra en afvejning af visus, objektive fund og subjektive gener (ingen evidens).

Ud fra en klinisk betragtning, da der ikke foreligger videnskabelig evidens herfor, synes anbefalingen passende.

Kommentar:

- 1) Det svenske prioriteringssystem (NIKE) anbefales til mere end blot inspiration.

Fokuseret spørgsmål 3: *Påvirker grå stær operation udviklingen af aldersbetinget makuladegeneration?*

Den nationale kliniske retningslinje skriver, at det kan overvejes, at man hos patienter med synsbetydende grå stær og samtidig AMD tilbyder grå stær operation, hvis øjenlægens bedste kliniske skøn er, at det vil give en væsentlig subjektiv synsgevinst, men med forbehold, hvis patienten har urealistisk høj forventning om operationens resultat.

Da der ikke foreligger klar evidens på området, synes anbefalingen passende, og jeg har ikke yderligere kommentarer.

Fokuseret spørgsmål 4: *Bør patienter, der har korneal bygningsfejl før operation for grå stær, have implanteret en kunstig linse, der korrigerer for bygningsfejl (torisk IOL)?*

Den nationale kliniske retningslinje skriver, at det kan overvejes at anvende toriske kunstlinser hos patienter med præoperativ bygningsfejl på hornhinden.

Anbefalingen synes passende.

Kommentarer:

- 1) Ønskværdigt med tilføjelse (markeret med fed og kursiv) i den nationale kliniske retningslinjes anbefaling: "...overvejes at anvende toriske kunstlinser hos patienter **med grå stær og** præoperativ bygningsfejl på hornhinden".
- 2) S. 19: Figur 1: Hvad er data baseret på (præoperativ brillestyrke, objektivt/subjektiv refraktion)?
- 3) S. 22, tabel 1 (også refereret til på side 10, sidste afsnit: "alvorlige, synstruende per- eller postoperative komplikationer" efter kataraktkirurgi):

Tallene fra referencen 96 (Clark A et al., 2011) er poolede data baseret på forskellige operationstyper (fra ICCE, ECCE til moderne phacokirurgi), hvoraf de to førstnævnte er meget sjældne indgreb nu om dage. Det er derfor mere fair i tabellen at referere hyppighederne af komplikationer fra de sidste to dekader fra artiklen, dvs. kun for perioden med moderne phacokirurgi. Hyppigheden af tabt linsefragment bliver således lidt højere, og dislokation af IOL lidt lavere.

- 4) Jeg undrer mig over, at efterstær er medtaget som en "alvorlig, synstruende" komplikation i tabel 1, s. 22. Jeg finder der mere relevant – og anbefaler – at medtage en hyppighed af klinisk signifikant cystoidt makulødem i tabellen.

Fokuseret spørgsmål 5: *Bør Cefuroxim injiceret i forreste kammer ved slutningen af operationen anvendes til alle patienter for at forebygge endophthalmitis?*

De nationale kliniske retningslinjer anbefaler, at man giver intrakameral injektion af Cefuroxim 1.0 mg i 0.1 ml isotonisk ved afslutningen af grå stær operation.

Der er god videnskabelig evidens for at anbefale intrakameral Cefuroxim ved afslutningen af grå stær operation, så anbefalingen er passende, og jeg har ikke yderligere kommentarer.

Fokuseret spørgsmål 6: *Kan topikal postoperativ antibiotisk behandling postoperativt forebygge endoftalmitis?*

Den nationale kliniske retningslinje anbefaler ikke, at man rutinemæssigt anvender topikal antibiotika efter grå stær operation for at forebygge endoftalmitis.

Anbefalingen synes passende ud fra den foreliggende litteratur.

Kommentar:

- 1) S. 26, 3.6 bedøvelsesmetode: Tilføjelse (markeret med fed og kursiv) anbefales: "...operation kan udføres både under dråbeanæstesi og under retro-eller peribulbær **og sjældent under fuld** anæstesi."

Fokuseret spørgsmål 7: *Er NSAID eller steroid bedst til forebyggelse af postoperativ inflammation og makulaødem?*

Den nationale kliniske retningslinje afventer resultatet af igangværende undersøgelser.

Jeg er ikke enig i formuleringen af spørgsmålet. De to igangværende studier, som afventes, er igangsat af det engelske Cochrane center og ESCRS. Disse undersøger ikke, om NSAID eller steroid er bedst, men om NSAID i tillæg til steroid ændrer hyppigheden af makulaødem. Det fokuserede spørgsmål bør omformuleres.

Jeg er enig i, at det er fornuftigt at afvente udfaldet af undersøgelserne.

Kommentarer:

- 1) I tabellen "Summary of findings. Steroider sammenlignet med NSAID" refereres til 13 studier, men der er ikke referencer til disse i teksten, og de er ikke med i referencelisten? De bør tilføjes.
- 2) S. 28, 2. afsnit: Vedrørende risiko for cystoidt makulaødem (CME) efter kataraktoperation: Den allervigtigste risikogruppe, diabetikerne, er slet ikke nævnt. Patienter med tidligere CME eller anden makulapatologi, fx epiretinal fibrose ej heller. Det anbefales som minimum at tilføje diabetikere som højriskpatienter.
- 3) S. 28, 3. afsnit: Vedr. graden af det kirurgiske traume. Tilføjelse (markeret med fed og kursiv) til sætningen anbefales: "...øges risikoen, hvis der sker en skade på regnbuehinden under operationen **og/eller ved øget postoperativ inflammation**".
(Efter min mening er det nok den øgede postoperative inflammation *som følge af* skaden på regnbuehinden, der er den egentlige årsag til, at artiklen finder, at skade på regnbuehinden øger risikoen).
- 4) Den nationale kliniske retningslinje har valgt et fokuseret spørgsmål (nr. 7) vedrørende NSAID og steroid og effekten på postoperativt makulaødem samt et fokuseret spørgsmål (nr. 3) om grå stær kirurgi og aldersrelateret makuladegeneration.

Jeg ved, at udvalget har måttet begrænse sig til udvalgte spørgsmål, men det undrer mig trods det, at man ikke også har valgt et fokuseret spørgsmål omhandlende patienter med diabetes. Denne store patientgruppe er i hastig stigning, og grå stær er hyppigere hos diabetikere (som også er yngre) end hos ikke-diabetikere. Selvom diabetikere "kun" udgør omkring 16% af alle kataraktoperationer, udgør de op mod halvdelen af postoperative cases med makulaødem.

Jeg savner således et fokuseret spørgsmål, der undersøger evidensen for timing af operation i forhold til graden af diabetisk retinopati, profylaktisk behandling, behandling og varigheden af behandlingen af makulaødem efter grå stær kirurgi hos diabetikere.

Fokuseret spørgsmål 8: *Kan det anbefales at udføre grå stær operation på begge øjne samme dag?*

Den nationale kliniske retningslinje skriver, at det kan overvejes at udføre operation på begge øjne samme dag, såfremt operation på begge øjne er indiceret. Se forbehold i teksten ovenfor.

Anbefaler tilføjelse (markeret med fed og kursiv) til anbefalingen: "...at udføre operation på begge øjne samme dag **for udvalgte patienter**, såfremt operation på begge øjne...". Med denne tilføjelse sammenholdt med diskussionen i teksten finder jeg anbefalingen passende.

Fokuseret spørgsmål 9: *Kan førstedags postoperativ kontrol udelades?*

Det kan overvejes at udelade førstedagskontrollen hos patienter, der har haft et ukompliceret operativt forløb, og hvor man ikke vil forvente, at postoperative kortvarige trykstigninger vil have betydning for synsfeltet.

Jeg er ikke enig i tolkningen af de tre studier, der ligger til grund for anbefalingen, da patienter kategoriseret som "med 1. dags kontrol" og patienter kategoriseret som "uden 1. dags kontrol" i studierne er defineret forskelligt:

Ad reference 157 (Tinley CG et al, 2003): Patienter kategoriseret som "uden 1. dags kontrol" er set 2-3 timer postoperativt, herefter set 2 uger efter

Ad reference 158 (Chatziralli IP et al, 2012): Patienter kategoriseret som "uden 1. dags kontrol" er først udskrevet 3-4 timer postoperativt (artiklen nævner dog ikke, om de er blevet set på), herefter set 2 uger efter

Ad reference 159 (Saeed A et al, 2007): Patienter kategoriseret som "med 1. dags kontrol" er undersøgt 2 timer postoperativt, herefter 2 uger, patienter kategoriseret som "uden 1. dags kontrol" er kun set 2 uger efter

I referencerne 157 og 158 er patienterne altså blevet på klinikken flere timer postoperativt, og i hvert fald blevet kigget på i reference 157, men disse patienter er kategoriseret som "uden 1. dags kontrol", mens patienterne i reference 159, som er blevet set 2 timer postoperativt (med næste kontrol 2 uger efter), er kategoriseret som "med 1. dags kontrol".

Studierne er således ikke umiddelbart sammenlignelige, og fortolkningen og vurderingen vedrørende førstedags postoperativ kontrol i den nationale kliniske retningslinje bør revideres i henhold til ovenstående fakta. Ligesom der i Bilag 1, side 37 nederst, bør tages stilling til, om sætningen "....ikke fundet, at der var videnskabelig evidens for at anbefale rutinekontrol den første dag efter operationen...." skal revideres.

Det anbefales endvidere at overveje, om det er hensigtsmæssigt at lade anbefalingen gælde for alle patientkategorier. Hvad med patienter, som efterfølgende kan få komplikationer på trods af ukompliceret grå stær kirurgi (fx diabetikere, tidligere øjenopererede (fx trabekulektomerede, vitrektomerede), patienter med uveitis?

Kommentar:

- 1) I de omtalte studier (ref. 157-159) ses alle patienter efter 2 uger. Den nationale kliniske retningslinje har ikke nogen anbefaling af postoperative kontroller andet end, at der på side 35, sidste sætning, står, at det er "...hensigtsmæssigt, at alle klinikker har efterkontrol på en vis del af patienterne...". Den manglede anbefaling af efterkontroller stemmer dårligt overens med udvalgets fokus på fremtidig kvalitetskontrol af grå stær kirurgi (Bilag 1, s. 37-39). Den nationale kliniske retningslinje fokuserer primært på optimering af registreringen af grå stær operationer i LPR.

Jeg savner således overvejelser om følgende:

Skal patienterne ses postoperativt, hvornår, hvor hyppigt og af hvem?

Hvad menes der med, at klinikkerne skal have efterkontrol med "en vis del"? Hvad er "en vis del"? Anbefales det, at "resten" også ses, og i givet fald af hvem og hvornår?

Anbefales det, at efterkontrollerne (i et vist omfang) registreres nationalt for at sikre løbende kvalitetskontrol?

Jens Christian Nørregaard

ph d, dr med
Enighedsvej 13a
2800 Lyngby
Tlf 45 87 71 73
Enighedsvej@dadlnet.dk



MEDLEM AF
DEN ALMINDELIGE
DANSKE LÆGEFORENING

Til Sundhedsstyrelsen

25/6 2013.

Jeg har gennemlæst udkast til Nationale Kliniske Retningslinjer for aldersbetinget grå stær.

Jeg har følgende kommentarer:

Konklusion.

Gruppen har lavet et grundigt arbejde baseret på litteraturstudier. Ved angår det store spørgsmål, *hvornår man skal operere, er der ikke den store hjælp at hente i vejledningen* – se uddybning senere.

Valg af emner:

I opdraget til forfattergruppen står, at man ønsker et dokument til støtte for klinikere. Det aktuelle dokument har tydeligvis haft fokus på dette. Dette ses på valget af emner, man har valgt at behandle. Dokumentet er derimod næppe til stor hjælp til en Region eller sygehusledelse, der skal opstille krav til udbyder af operationer – det være sig en hospitalsafdeling, praksis eller privathospital. For Regionerne er hovedtemaet i disse år jo, hvilken kvalitet man kan forlange. Det drejer sig for dem om spørgsmål som, hvad er acceptable komplikationsrater, hvilken kvalitet af linser er acceptable (CE godkendelse eller FDA?), hvilke krav skal stilles til maskinparken og operatørens erfaring etc. Denne type spørgsmål er ikke undersøgt.

Specifikke kommentarer:

En lille kommentar til titlen: Det skulle vel rettelig hedde ”Nationale Kliniske Retningslinjer for *behandling af* aldersbetinget grå stær”. Den nuværende titel siger reelt ikke noget om hvad dette dokument omhandler.

Indledning:

Ingen kommentarer

Kap 2, Diagnostik:

Profylakse diskuteres. I de sidste 20 år har det været diskuteret blandt cataract epidemiologer om udviklingen kan bremses. Jeg har fulgt i diskussionen de sidste knap 20 år. Tre væsentlige risikofaktorer har især været diskuteret: Rygning, hvorom der synes enighed, at det fremme grå stær udvikling. Forfatterne er også nået til denne konklusion. Antioxidative kosttilskud. Det er undersøgt i ganske mange studier og for ganske mange antioxidative stoffer incl acetylsalicyl (hjertemagnyl). Der synes enighed om, at det næppe hjælper. Forfatterne er også nået til denne konklusion.

Vil man diskutere profylakse, burde man nok have taget sollys med, hvis man skal rundt om alle væsentlige kandidater. Der er skrevet ganske meget om emnet. Som jeg har læst diskussionen, er der næppe tvivl om at sollys giver cortical og måske bagre subcapsulære grå stær. Disse former ses dog sjældent i DK, hvorfor beskyttelse mod sollys næppe har nogen praktisk betydning i DK.

Operationsindikation:

Reelt er der altså ingen hjælp at hente i vejledningen. Der står, at man skal operere, når lægen og patienten synes det er fornuftigt. Det gælder vist for al kirurgi.

Hovedkonklusionen i dokumentet er, at man bør operere, når der er grå stær tilstede, den er af væsentlig betydning for synsnedsættelse, og patienten er subjektivt generet. Forfatterne kommer frem til at hverken synsstyrke, gradering af linseforandringerne eller spørgeskemainstrumenter, der graderer patients funktionsevne, er brugbare som cut-off målinger.

Forfatterne har ganske grundigt gennemgået litteraturen om synsstyrke, graderingssystemer og spørgeskemainstrumenter. De har ikke fundet nogen videnskabelig evidens for at denne eller hin målemetode er anvendelig til at afgøre, hvor fremskreden den grå stær skal være, før operation er betimelig. Resultatet af gruppens litteraturgennemgang er efter min vurdering i overensstemmelse med gængs kliniske opfattelse. Min personlige litteratursøgning har ikke tilføjet noget yderligere. Grå stær påvirker så mange forskellige aspekter af synsoplevelsen, at en synsstyrkemåling er at alt for groft mål til at opfange det på et brugbart niveau. Et skarpt synsstyrkemål som eneste cutoff er alt for primitivt. Jeg skrev for nogle år siden en prisopgave til blindesamfundet om visuelle funktionsmål (dvs spørgeskemainstrumenter). Alle funktionsmål er valideret til brug i forskning. Ingen instrumenter er valideret i en situation, hvor patienten kan opnå økonomisk gevinst ved rette svarafgivelse. Vi ved altså ikke, hvordan patienter vil svare, hvis instrumenterne skal bruges til at afgøre, om de selv skal betale eller får operationen gratis. Det vil jo være den reelle situation,

hvis man har en eller anden grænse for operation i det offentlige. Spørgeskemaer om visuel funktionsevne er derfor heller ikke egnede som cut-off.

Jeg er således enig i, at man ikke ved litteratursøgning kan finde en anbefaling. Sat på spidsen, er der tale om en operation næsten uden komplikationer, og hvor alle får et godt resultat. Vi har ingen gode metoder til objektivt at gradere grå stær, og vi har ingen gode metoder til at vurdere patientens funktionsniveau. I en sådan situation vil man aldrig ad videnskabens vej kunne finde en indikationsgrænse. Først når den grå stær bliver meget fremskreden, øges risikoen for dårligt udbytte. Hvis man vil angive en indikationsgrænse, er det reelt noget hvor man må fornemme, hvad er rimeligt set i lyset af samfundets økonomiske formåen.

Forfattergruppen anfører at prioritering er nødvendigt pga begrænsede ressourcer. De griber dog ikke fat om nældens rod og vover en anbefaling. Man skal i givet fald tage stilling, hvor meget ubehag kan man med rette bede patient acceptere, før operation bevilges. Det er jo som anført grundliggende ikke noget, man kan fastlægge ved videnskab. Der kunne opstå en situation hvor man fra politiks side alligevel vil fastsætte en indikation. Hvis en sådan situation opstår, bør forfattergruppen efter min personlige opfattelse i så fald give hjælp til en sådan politisk beslutning. Forfattergruppen har jo deres daglige virke og omgang med patienter, og har derfor mere føling med situationen end politikere og embedsmænd. Den tidligere anbefaling lød på, at hvis synsstyrken var bedre end 0,5 krævede det en særlig udførlig begrundelse. Den anbefaling var måske ikke så ringe endda. Den gav en brugbar, men dog stadig fleksibel rettesnor i det daglige arbejde. Grænsen var mig bekendt alene baseret på gruppens personlige fornemmelse og på kørekortsgrænsen.

Ses i lyset af ovenstående betragtninger kunne det svenske system Nike system fortjener en grundigere gennemgang, da det er eneste, der er valideret og fundet brugbart til prioritering. Det bygger på en synsstyrkegrænse, som kan modificeres af patientens subjektive klager og af øjenlægens objektive fund.

Operation på begge øjne (punkt 2.5):

Ingen kommentarer. En del undersøgelser viser, at det ikke er acceptabelt kun at operere ene øje (som man gjorde indtil 1980'erne i DK).

Operation på patienter med AMD (punkt 2.6)

Jeg er enig i at det er gældende opfattelse, at grå stær operation ikke giver øget risiko for konvertering af tør til våd AMD.

Denne mistanke udsprang af en række ældre epidemiologiske studier, hvor der kun var visual vurdering af den gule plet. En del af patienterne var således ikke erkendte våde AMD-patienter, som blev fejlbedømt som grå stær patienter. Der var således tale om metodefejl i studierne (De var designet til andre forskningsspørgsmål). Ved nyere studier, hvor den gule plet er vurderet ved angiografi har mistanken ikke kunne bekræftes.

Multifokale linser:

Der er ganske mange undersøgelser, der viser mindre postoperativt brillebehov ved disse linser. Der er dog ganske mange patienter med uønskede fænomener. Disse omtales typisk i resultaterne, men bagatelliseres i diskussionerne.

Jeg er enig i panelets vurdering at multifokale linser kræver en ganske grundig patientinformation. Endeligt må det siges at være uafklaret hvad der sker med synet, når patienter med multifokale linser får AMD senere – dette er jo trods alt en ganske udbredt sygdom.

Korrektion for bygningsfejl

I Resten af Europa og USA har der været et paradigmeskift, som har været knapt så markant i DK. Fra at være et indgreb, der alene var synsfremmende, er det nu også et refraktivt indgreb, der søger at korrigere alle syns og brydningsfejl. Der foreligger ikke mange randomiserede undersøgelser mellem toriske og ikke toriske linser. Min oplevelse er, at brugen i udlandet af de toriske linser er så fremskreden, at det opfattes som uetisk at lave randomiserede undersøgelser med en kontrolgruppe uden toriske linser.

Det økonomiske aspekt er også undersøgt i USA, og faldet til toriske linsers fordel. (Arch Ophthalmol. 2010;128(7):834-40. Economic evaluation of toric intraocular lens: a short- and long-term decision analytic model. Pineda et al.).

Udviklingen i grå stær operationer er kendetegnet ved små fremskridt ved hver ny tilføjelse til teknikken. En reduktion i brillebehov på 5-10% er således et pænt fremskridt i kataraktkirurgernes verden.

Jeg kan tilslutte mig en anbefaling af toriske linser ved høje astigmatismer. Konsekvensen vil alene være af økonomisk art, da linsen er dyrere, forundersøgelse og operation tager længere tid, og en gang i mellem må man ind og rette på positionen den efterfølgende dag. Selve operationen

har samme komplikationsfrekvens som standardlinsen.

Efterstær

Emnet er kort behandlet. Som anført er emnet næsten obsolet, idet alle linsefabrikanter har rettet ind og gjort kanterne skarpe. Mere relevant havde det måske været at se på glistarning – det fænomen at der kommer små vandbobler i linserne over tid. Udvikling af glistrening er forskelligt for de forskellige producenter. Producenterne hævder, at de ikke betyder noget, da enkelte og små undersøgelser ikke har kunnet vise signifikant forværring i visus og kontrastfølsomhed. Det er dog svært at tro, da linserne kan blive næsten helt matte. Der er metodeproblemer, da det er svært at vise, hvad visus *ville have* været med en anden linse. Jeg håber ikke, der ligger en ny Bone-lock skandale her. Nogle patienter skal dog bære linserne i ganske mange år.

Forebyggelse af endoftalmitis:

Hele Europa har taget cefuroxim profylaksen til sig efter det randomiserede ESCRS – studie på 25.000 ptt. Dette anbefaler forfattergruppen ligeledes. Ingen kommentarer.

Postoperativ antibiotiske øjendråber.

Der er ingen evidens eller logik i at det skulle virke. Gruppen anbefaler, at praksis stoppes. Dette kan jeg kun tilslutte mig.

Økonomiske er det dog dyrere, idet steroid *med* antibiotika koster ca 45 kr/flaske, mens steroid *alene* (Maxidex) koster ca 65 kr.

Povidon

Anbefales, ingen kommentarer

Bedøvemetode:

Dråbe kombineret med intrakameralt anbefales, ingen kommentarer

NSAID:

European Society of Cataract and Refractive Surgery har større studie på vej. Det er relevant at vente på resultatet. Ingen kommentarer.

Sammedags kirurgi:

Spørgsmålet er overvejende af økonomisk karakter. Der er uden tvivl penge at spare – men formentlig mindre end i finske undersøgelser. Der er næppe penge at spare på operationsdagen, da det køres som to helt adskilte indgreb. Besparelsen kommer på hjemmesygepleje og transport. Patienter, der får hjemmepleje, er de meget gamle med dårlig compliance. Spørgsmålet er om de overhovedet er egnede til 2-øje kirurgi. Min personlige oplevelse er, at patienter ligger klart mere uroligt under 2. operation, og operationen er derfor sværere og mere risikabel. Yngre kooperable patienter er at foretrække. Dem er der ingen hjemmesygepleje at spare på. Man skal være klar over, at de citerede undersøgelser kan være lavet af high-volume kirurger, der laver mere end 1.000 om året. For dem er al kirurgi nemt og praktisk taget uden komplikationer. I DK laver mange kirurger ikke mere end 3-400 om året. Resultaterne er derfor ikke nødvendigvis sammenlignelige med DK.

Problemet er det såkaldte TASS syndrom, hvor en serie patienter, der har fået en utensile fra samme produktionsserie, ender op med mere eller mindre katastrofalt resultat pga en fejlproduktion. De danske katarakt kirurger huske vist alle sagen fra 2011, hvor 6 patienter fra samme klinik fik endoftalmi samme dag pga produktionsfejl i en sending viscoelastika. Den havde været en kedelig historie med sammedagskirurgi.

Personligt synes jeg man skal vente med at anbefale 2-øjekirurgi, før den præcise besparelse i Danmark er vurderet. Jeg tror, den er overvurderet. Det er uomtvisteligt et enkelte patienter vil ende op med bilateralt dårligt resultat ved 2-øjekirurgi, som kunne være undgået ved adskilt kirurgi.

Kan første dags undersøgelse undlades?

Jeg har arbejdet i Øjenlægenes Hus i 3 år, hvor vi lavede ca 6.000 operationer i denne periode. Vi undersøgte ptt på ca 5 dag inden afslutning til egen øjenlæge. Vi oplevede ingen problemer med denne procedure. Gruppen er nået til samme resultat ved litteraturstudier. Jeg kan tilslutte mig gruppens anbefaling.

Implementering (bilag 1)

Ingen kommentarer

Kvalitetskontrol:

Jeg kan kun anbefale, at man kræve LPR-registrering på alle. Der findes computerprogrammer på

markedet (EMAR), der håndterer indberetningen med få museklik ud fra en skemajournal, som man alligevel fører til eget brug i klinikken. Programmet burde også kunne sættes op til at indberette til den europæiske kvalitetsdatabase uden yderligere indtastning, end det kirurgen alligevel skal fører til eget journalbrug i skemajournalen.

Gruppen har en række anbefalinger til afregning af operationer. Ingen supplerende kommentarer.

Jeg vil complimentere gruppen for et stort og grundigt litteraturstudie.

Med venlig hilsen

Jens Christian Nørregaard

Sundhedsstyrelsen
Att: Kristoffer Lande Andersen

**DANSKE
REGIONER**



Danske Regionernes høringssvar vedr. nationale kliniske retningslinjer for aldersbetinget grå stær

Danske Regioner finder at forslaget til kliniske retningslinjer for aldersbetinget grå stær er velkomne og i udgangspunktet anvendelig i klinikken. Rapporten giver et godt overblik over den samlede kliniske situation. Det faglige niveau er højt.

Grundlaget for udarbejdelse af evidensen til de fremsendte retningslinjer rimelige. De forhold/områder, hvor retningslinjerne kan diskuteres, gives der mulighed for overvejelser/beslutninger således, at man kan udarbejde lokale retningslinjer, som passer til den enkelte afdeling. Danske Regioner finder det væsentligt, at man i den endelige version bevarer muligheden for retningslinjer, der tilgodeser de forskellige patientkategorier og øjenafdelingers behov.

Det fremgår, at der er en række uafklarede problemstillinger, som med fordel vil kunne belyses og evidenskvalificeres i den fremtidige kliniske virksomhed.

Grå stær kirurgi i forbindelse med sukkersyge er forbundet med særlige risikoelementer. Der kunne med fordel indføres en passus om dette emne i retningslinjerne.

I bilag 1 er der angivet, at retningslinjen udgives i en kort form, hvor fokuserede spørgsmål og tilhørende anbefalinger er opsummeret. Det er ikke angivet, hvornår denne udgave udkommer.

Det bemærkes, at en fuld implementering af alle initiativerne vil øge antallet af patienter og derigennem medføre et ressourcemæssigt pres.

Med venlig hilsen

Susan Colding

13-08-2013

Sag nr. 12/2395

Dokumentnr.

Susan Colding

Tel. 35298360

E-mail: Sco@regioner.dk

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk