

Behandling av katarakt er en av den moderne medisins suksesshistorier

## Katarakt – fra lang ventetid til rask operasjon

Det har vært gjort store fremskritt innen kataraktkirurgien de siste 20–30 år. Utviklingen gir et innblikk i en av medisins suksesshistorier, men også hvordan etterspørselen øker når teknologien endres. Katarakt var lenge et nokså stemoderlig behandlet område innen medisinen, og operasjonsmetodene forutsatte sykehusinnleggelse og gjorde at den opererte måtte bruke stærbriller. Ventetiden var lang. Nå er kataraktoperasjon blitt et raskt poliklinisk inngrep (1, 2). Denne utviklingen har gjort at stadig flere er blitt operert. Dermed er ventetiden blitt kraftig redusert de siste 20 årene, slik Henry Aasved gjør rede for i en kronikk i dette nummer av Tidsskriftet (3).

Tall fra andre land, blant annet en studie fra Rochester i USA (4), viser at utviklingen innen kataraktoperasjoner har hatt samme utvikling som i Norge. I Rochester-studien var forfatterne i stand til å gå et skritt lenger enn Aasved ved å beregne utviklingen i alders- og kjønnsespesifikke rater for kataraktoperasjoner. De fant en insidensøkning på hele 478 % fra 1980 til 2004. Økningen var klart størst hos personer over 70 år. Økningen i andelen operasjoner på det andre øyet var fra 25 % til 34 % (4).

Datagrunnlaget som Aasved bygger på, er ikke spesifisert i artikkelen (3). Der oppgis verken insidenstall, alders- og kjønnsfordeling eller noe om hvor stor andel av operasjonene som er gjort på det andre øyet. I perioden fra 1986–90 til 2006 økte antall innbyggere over 70 år i Norge med knapt 38 000, beregnet på grunnlag av tall fra befolkningsstatistikken i Statistisk sentralbyrå. Hvis man ser bort fra at noen av dem som opereres er under 70 år, har det grovt regnet vært en økning i insidens for kataraktoperasjoner fra 2,2 % i 1990 til 8,0 % i 2006 i befolkningen over 70 år, basert på Aasveds tall. Dette er en grov beregning og gir kun en indikasjon. Tallet sier ikke noe om antall personer som er operert, fordi det kan ha vært en økende andel som er blitt operert også på det andre øyet.

Hvis man bruker antall personer på venteliste i det offentlige helsevesen og totalt antall opererte som en indikasjon på behovet for kataraktoperasjon, tyder Aasveds tall på at behovet ble nesten fordoblet fra 1990 til 2006, fra rundt 21 000 til 43 000. Beregningen forutsetter at det ikke var ventetid på operasjon i det private markedet verken i 1990 eller 2006. Et interessant spørsmål er om denne fordoblingen, som altså omfatter både opererte pasienter og pasienter på venteliste for operasjon, uttrykker en høyere prevalens av katarakt. Det har vært antydning at miljøforhold kan ha bidratt til en økning i prevalensen av katarakt, og enkelte epidemiologiske studier peker i den retning (5). Men slike forhold kan neppe ha ført til en fordobling i behovet for operasjon blant de gamle.

En annen og mer sannsynlig forklaring på den store økningen er at indikasjonsterskelen for operasjon er blitt lavere. Ny og enklere anestesi og operasjonsteknikk innebærer dessuten at høy alder ikke lenger er en kontraindikasjon for operasjon. Økningen i antall opererte skyldes sannsynligvis også at flere blir operert på det andre øyet, slik man fant i Rochester-studien (4). Norske data som kan belyse denne problemstillingen, vil først være tilgjengelig med et personidentifiserbart pasientregister.

Aasved legger en utredning fra 1998 til grunn for sine anbefalinger i konklusjonen (3). Han etterlyser en økning i operasjonskapasiteten

ved at øyeleger ved offentlige sykehus kan operere flere på sykehuset i sin fritid. Om dette er en god og nødvendig strategi i 2007, er høyst usikkert. I 2006 ble det utført omtrent like mange kataraktoperasjoner i den private del av helsetjenesten som i de offentlige sykehusene. Det er ingen dokumentasjon på at kvaliteten på behandlingen er forskjellig i privat og offentlig sektor. Hvorvidt dagens fordeling av operasjoner på privat og offentlig helsetjeneste er en optimal samfunnsøkonomisk fordeling, er også usikkert. I 2007 var den polikliniske refusjonen for kataraktoperasjon til avtalespesialister kr 6 000, mens DRG-taksten i offentlige sykehus er beregnet til kr 5 328. Pasientens egenandel er uavhengig av hvor operasjonen foregår. Gitt at det er ledig kapasitet i offentlige sykehus, vil samfunnet kunne spare ressurser ved at flere opereres der. Men hvis flere operasjoner i offentlige sykehus krever utbygging av fasiliteter og mer bruk av overtid, tyder de relativt små prisforskjellene på at det kan være rimeligere å benytte de private spesialistene som har kontrakt med helseforetakene hvis man vil utvide kapasiteten. Enklere kataraktoperasjoner gjøres ofte av private spesialister, mens skjøpelige pasienter og de med diabetes eller annen kompliserende sykdom oftest opereres i offentlige sykehus. Dette gjør at de faktiske utgiftene vil være forskjellige. Det har dessuten betydning for spesialistutdanningen, som jo foregår ved sykehusene.

Aasveds tall for utviklingen av ventetider og kataraktoperasjoner er oppsiktsvekkende. Antall personer som venter på operasjon, er kraftig redusert. Selv om det bak ventetallene kan skjule seg noen som også i dag må vente lenge, gir tallene inntrykk av at dagens tilbud til kataraktoperasjonene er godt og at det er balanse mellom tilbud og etterspørsel. Ventelisteetterslepet fra sent i 1990-årene er fjernet, antall personer på venteliste er stabilisert og antall operasjoner ser ut til å ha flatet ut. Forutsatt at risikoen for katarakt ikke øker, er det grunn til å tro at antall operasjoner vil ha et stabilt og tilfredsstillende nivå fremover, i hvert fall inntil antall eldre for alvor begynner å øke fra 2015. Da kan man igjen forvente en økning i etterspørselen etter kataraktoperasjoner. Til da kan både helsemyndigheter, øyeleger og pasienter glede seg over at en pasientgruppe har et fått bra tilbud – ikke på grunn av bevisst prioritering gjennom økonomiske incentiver, men fordi nye teknologi radikalt har endret behandlingstilbudet.

**Grete Botten**  
g.s.botten@medisin.uio.no

*Grete Botten (f. 1943) er lege, dr.med., professor i samfunnsmedisin og leder ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Hun har drevet helsetjenesteforskning og har særlig interessert seg for etterspørselen etter helsetjenester og medisinsk prioritering.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Sundar Tom. Kataraktkirurgi – små snitt gir store synsgevinster. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 208–9.
2. Solomon R, Donnenfeld ED. Recent advances and future frontiers in treating age-related cataracts. JAMA 2003; 290: 248–51.
3. Aasved H. Kataraktoperasjoner og ventetider i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 466–7.
4. Erie JC, Baratz KH, Hodge DO et al. Incidence of cataract surgery from 1980 through 2004: 25-year population-based study. J Cataract Refract Surg 2007; 33: 1273–7.
5. Midelfart A. Ultraviolet radiation and cataract. Acta Ophthalmol Scand 2005; 83: 642–4.