

Projekt – Optikerförbundet:

## Hantering av patienter i glaukomriskgruppen av Optometrister i Region Skåne

Göran Skjöld<sup>a</sup>, Gustav Brinkby<sup>b</sup>, Rune Brautaset<sup>c</sup>, Roger Sidestam<sup>d</sup>

- a. Optometrist, MSc klinisk Optometri, FAAO, leg optiker, Skjöld/Skjöld&Grönvall, Malmö
- b. Optometrist, MSc klinisk Optometri, leg optiker, Holms Optik Klarsynt, Helsingborg
- c. Optometrist, BSc, MPhil, PhD, Docent Karolinska Institutet, Ordförande Optikerförbundet
- d. Leg Läkare, Specialist ögonsjukdomar

### **Sammanfattning**

#### **Avsikt**

Avsikten med projektet var att bidra till minskad belastning på den övriga ögonvården, med bibehållen eller även en ökad patientsäkerhet, genom att optometrister följer ett standardiserat protokoll för undersökning och hantering av patienter med ökad risk att utveckla glaukom.

#### **Metod**

Protokoll för undersökning av patienter med ökad risk för glaukom togs fram, och tillämpades av ett antal optometrister (optiker med behörighet att rekvirera och administrera läkemedel). Rutiner för hantering av remisser till optometrist, från optiker utan denna behörighet fastställdes. Även rutiner för remiss från optometrist till ögonläkare vid misstanke om glaukom fastställdes.

#### **Resultat**

Baserat på antalet patienter som undersökts inom projektet kan man estimeras att antalet patienter inom Region Skåne, som annars skulle ha remitterats vidare till ögonläkare, motsvarar ca 3000 besök första året, samt att det årligen därefter lär tillkomma ytterligare ca 4500 besök som uppföljningsbesök för dessa patienter.

Att involvera optometrist för denna patientgrupp kan starkt bidra till minskad belastning på den övriga ögonvården.

## Bakgrund/Avsikt

Svenska myndigheter har som mål att vård ska ges på rätt nivå. Optiker, men framförallt Optometrist, är utbildade för att ta ett förstalinjens vårdansvar inom ögon (för t.ex. de fyra stora patientgrupperna katarakt, glaukom, diabetes och AMD), men deras kompetens utnyttjas inte i Sverige idag. Avsikten med projektet var att visa att om optometrist följer ett standardiserat protokoll vid misstanke om glaukom så kan nyttan av att optometrist utnyttjas som resurs påvisas, och därigenom den övriga ögonvården avlastas, samt att patientsäkerheten förbättras och därmed vårdkostnaderna minskas.

Inom Region Skåne finns ett antal verksamma optometrist, fördelade inom de olika organisatoriska delarna av Region Skåne. I Sverige, och sannolikt även inom Region Skåne beräknas ca 15% av de verksamma optikerna inneha kompetens för att rekvirera och administrera läkemedel. Kravet för denna behörighet är efterutbildning motsvarande minst 45 högskolepoäng vars innehåll är definierad av Socialstyrelsen. Utbildning på denna nivå ges vid Karolinska Institutet i Stockholm, samt även utomlands. För närvarande utbildas i Sverige per år fler optiker för denna högre nivå, än som avslutar sin grundutbildning. Andelen optometrist i Sverige är därför i stigande.

Patienter med ökad risk att utveckla glaukom, prioriteras inte inom den övriga ögonsjukvården, vilket kan leda till att vårdinsatser påbörjas i ett för sent skede. Exempel på detta är patienter med ärftlighet (hereditet) för glaukom, som nekas besök (bilaga 1). Fördröjd vård är den vanligaste orsaken till avvikelser inom ögonsjukvården (Merklund & Gjötterberg, Läkartidningen 2019;116:FSMU)

Detta projekt avsåg att adressera denna patientgrupp och dess hantering av och hos optometrist, med speciell vikt vid remissinnehåll då misstanke om glaukom föreligger. Vid remiss där misstanke om glaukom föreligger, är det av stor vikt att remissen är välgrundad. I annat fall finns risk för överremittering, med ökad belastning på den övriga ögonvården, som följd.

## Projektets hypotes

Genom att **(1) Förtydliga, förbättra och likrikta** optometristers hantering av patienter där misstanke om glaukom föreligger, och genom att **(2) patienter där misstanke av icke akut natur relaterad till glaukom föreligger, i första hand av andra optiker remitteras till optometrist**, som är de som undersöker, följer upp och vid behov remitterar patienten till ögonläkare, **avlastas** den övriga ögonvården och patientsäkerheten förbättras genom att undersökningar inte fördröjs. Man kan anta att detta vidare har en positiv samhällsekonomisk effekt.

## Metod

Optiker med behörighet att rekvirera och administrera läkemedel (optometrist), inbjöds att delta i projektet. Dessutom ställdes krav att samtliga deltagande skulle ha tillgång till och använda instrument för synfältsundersökning/tröskelvärde med SAP-teknik.

19 optometrist anmälde intresse att delta, och inbjöds att delta i utbildning där projektets riktlinjer genomgicks. Inom Region Skåne är ca 250 optiker, varav sannolikt ca 15% optometrist, verksamma.

De optometrist som anmält intresse att delta i projektet, är verksamma i samtliga organisatoriska delar av Region Skåne (Skånes Sjukhus Nordväst, Nordost samt Skånes Universitetssjukvård). Utbildningen för de deltagande optometristerna gavs avsikt att alla deltagande optometrist skulle följa samma riktlinjer och göra bedömningar som så långt möjligt var lika.

I utbildningen genomgicks projektets mål, riskfaktorer för glaukom, undersökningsprotokoll samt riktlinjer för remiss vid misstanke om glaukom.

Även rutiner för hantering av inkomna remisser från optikerkollegor genomgicks.

Projektets undersökningsprotokoll, riktlinjer för hantering av patienter med ökad risk för glaukom, remissriktlinjer samt rutiner vid inkomna remisser från optikerkollegor fastställdes att gälla under projektet, och distribuerades till samtliga deltagare dagen efter utbildningen.

I riktlinjerna för hantering av patienter med ökad risk för glaukom, har intervall för uppföljning motsvarande gängse normer använts (Heijl, o.a., 2010) (European Guidelines for Glaucoma, 2014) (Kunimoto, Kanitkar, & Makar, 2004).

#### **Inbjudan att delta som optometrist i projektet var optometristerna som uppfyllde följande krav:**

- Innehar behörighet för diagnostiska läkemedel, och använda det i sin verksamhet
- Utöver sedvanlig instrumentering (biomikroskop etc) innehar och kan använda:
  - o Instrument för mätning av intraokulärt tryck
  - o Instrument för undersökning av synfält, där något av följande är krav:
    - Humphrey HFA, Octopus, Henson, Optopol
  - o Innehav av OCT angavs inte som krav i projektet
- Är beredd att ta emot remisser från optiker som inte är med i gruppen, och att lämna skriftliga remissvar.

14 av de 19 som initialt anmält intresse att delta, uppfyllde kraven på instrumentering för att kunna delta i projektet.

#### **Undersökningsprotokoll (bild 1)**

I projektet fastställdes följande undersökningsprotokoll:

1. Anamnes där frågor om ev hereditet för glaukom och/eller historik av trauma föreligger inkluderas
2. Undersökning av pupillreflexer med swinging light
3. Undersökning av refraktion och visus
4. Undersökning av IOP och mätning av central korneal tjocklek (CCT)
5. Undersökning, tröskelvärde, av synfält med instrument för SAP
6. OCT undersökning av nervfiberlager i synnerven om instrument finns tillgängligt (ej krav)
7. Bedömning och gradering av kammavinkel enligt van Herricks skala
8. Eventuell förekomst av Krukenbergs spindel och/eller transillumination av iris
9. Dilaterad undersökning alltid vid IOP >21 mm Hg samt vid behov
10. Eventuellt förekomst av pseudoexfoliation (PEX)
11. Bedömning av synnerv
  - a. ISNT-regeln
  - b. Cup/Disk-förhållande horisontellt/vertikalt
  - c. Synnervens storlek

#### **Hantering vid olika IOP där riskfaktorer finns (bild 2).**

Risken för glaukom ökar med stigande IOP. Vid IOP 26 mmHg och högre är denna risk större (Biggerstaff & Lin, 2019). Gränsen 26 mm Hg har också valts av Region Östergötland i de riktlinjer som gäller sedan 2018-12-01 (Östergötland, 2018), samt i de riktlinjer som används i Skottland (Network, 2015). I projektet har följande kategorisering använts:

1. Vid IOP < 22 mmHg (remiss till ögonläkare vid verifierat bortfall SAP-sf):
  - a. Uppföljning görs var 12:e månad
  - b. Patienten remitteras till ögonläkare vid verifierat sf-bortfall (SAP)
2. Vid IOP 22-25 mmHg (remiss till ögonläkare vid verifierat bortfall SAP-sf):
  - a. Uppföljning görs var 6:e månad

- b. Patienten remitteras till ögonläkare vid verifierat sf-bortfall (SAP)
- 3. Vid IOP 26-29 mmHg (alla remitteras till ögonläkare):
  - a. Patienten remitteras till ögonläkare inklusive SAP-sf som verifierats vid bortfall
- 4. Vid IOP >29 mmHg (alla remitteras till ögonläkare):
  - a. Patienten remitteras till ögonläkare inklusive SAP-sf som inte repeteras oavsett bortfall

### Remissriktlinjer att följa vid misstanke om glaukom.

De riktlinjer som fastställdes att gälla innebar att:

1. IOP-mätningar ska så långt möjligt vara tillförlitliga
2. Synfältsbortfall undersökt med SAP, är verifierade vid minst 2 på varandra följande undersökningar med 1-2 månaders mellanrum.
  - a. **Definition av verifierat synfältsbortfall, SAP**  
(Heijl & Patella, Essential Perimetry, 2002) (Racette, et al., 2016):
    - i. Onormalt GHT (Glaucoma Hemifield Test) eller motsvarande vid 2 tillfällen, eller
    - ii. Sf-bortfall, SAP, med glaukommisstanke vid minst 2 tillfällen, där:
      1. Bortfall finns i minst 3 punkter (ej sammanhängande med papillen) med sannolikhet för onormalt  $p < 5\%$ , varav en av dem med sannolikhet för onormalt med  $p < 1\%$

En inledande utvärdering gjordes under perioden 2019-04-08 tom 2019-06-07. Avsikten var att dels få en uppfattning om antalet undersökningar, dels att kunna stämna av att undersökningsprotokollet fungerade och följdes.

För perioden 2019-09-02 tom 2019-11-29, gjordes sedan en mer omfattande uppföljning via ett webbformulär (Google Forms), där samtliga patienter som undersökts i perioden, och där misstanke om ökad risk för glaukom förelåg, skulle noteras genom att följande frågor besvarades:

1. Optikerns namn
2. Datum för undersökningen
3. Patientens ålder I hela år noterades i angivna åldersgrupper:
  - a. < 41 år
  - b. 41-50 år
  - c. 51-60 år
  - d. 61-70 år
  - e. 71-80 år
  - f. >80 år
4. Patienten inremitterad från kollega, men misstanken ej bekräftad (ytterligare frågor besvaras inte)
5. Patienten inremitterad från kollega, och misstanken bekräftades (följande frågor besvaras)
6. IOP för ögat med högst IOP, noterades i angivna IOP-grupper:
  - a. IOP <<22 mmHg
  - b. IOP 22-25 mmHg
  - c. IOP 26-29 mmHg
  - d. IOP >29 mmHg
7. Patienten remitterad till ögonklinik
8. Patienten följs upp enligt de fastställda riktlinjerna (=ökad risk för glaukom föreligger, men misstanke om glaukom bedöms inte föreligga)

## Resultat

För den angivna perioden, 2019-09-02 – 2019-11-29, inkom svar från alla 14 deltagande optometrister.

Totalt undersöktes 167 patienter, varav 99 kvinnor och 68 män inom den angivna perioden. Av dessa hade 22 patienter remitterats från optiker pga misstanke om ökad risk för glaukom. Misstanken om ökad risk för glaukom bekräftades i 21 av de 22 inremitterade patienterna. Av de 22 inremitterade patienterna, krävde endast en remiss till ögonläkare pga misstänkt glaukom.

Majoriteten (112 st) av de undersökta patienterna hade IOP <22 mmHg, 37st hade IOP inom intervallet 22-25 mmHg, 16st hade IOP inom intervallet 26-29 mmHg, och 2st hade IOP >29 mmHg. Totalt remitterades 35 patienter (21,0%) till ögonläkare pga misstänkt glaukom. Hos övriga 132 patienter (79,0%) bedömdes det inte föreligga misstanke om glaukom, varför de följdes upp av optometristerna (tabell 1).

Fördelningen av IOP inom de olika åldersgrupperna samt per kön framgår av tabell 2, tabell 3, bild 3 och bild 4.

Totalt remitterades 35 patienter pga misstanke om glaukom. Av dessa var 1st < 41 år, 1 st 41-50 år, 4 st 51-60 år, 17st 61-70 år, 10 st 71-80 år samt 2 st > 80 år.

Av de remitterade patienterna (35 st), hade 12 st IOP < 22 mm Hg, 8 st IOP 22-25 mm, Hg, 13 st IOP 26-29 mm, Hg samt 2 st IOP > 29 mm Hg (tabell 2 och 3, bild 2-4).

## Analys

De deltagande optometristerna hanterade totalt 167 patienter där ökad risk för glaukom förelåg. Antalet inkomna remisser från optikerkollegor är förhållandevis lågt, sannolikt pga konkurrensmässiga överväganden. Dock kunde misstanke om ökad risk för glaukom bekräftas i 20 av de 21 inremitterade fallen. Endast en av de inremitterade patienterna remitterades vidare pga misstänkt glaukom.

Huvuddelen (75,6%) av de undersökta patienterna med ökad risk för glaukom, hade normalt ögontryck (IOP <22 mm Hg). Av dessa remitterades 12 st (10,7%) pga misstanke om glaukom. Detta indikerar att endast undersökning av ögontryck inte är tillräckligt då misstanke om ökad risk för glaukom föreligger.

Av patienter med IOP i intervallet 22-25 mmHg bedömdes majoriteten (29 st, 79,4%) inte ha misstänkt glaukom, och följdes därför upp av respektive optometrist enligt de fastställda riktlinjerna. 8 st (21,6%) remitterats till ögonläkare pga misstanke om glaukom.

I IOP-gruppen 26-29 mmHg hade endast 10 av 13 patienter remitterats inom perioden. Detta pga att uppföljning av SAP-sf hamnade utanför perioden. Efter uppföljning av IOP och SAP-sf kommer sannolikt även resterande att remitteras till ögonläkare. 2 patienter hade IOP >29 mmHg och har därför remitterats direkt till ögonläkare.

## Estimat

167 besök har inom projektperioden (12 veckor) hanterats av 5,6% av de verksamma optikerna i Region Skåne. Med tanke på att endast 5,6% av verksamma optiker inom Region Skåne deltog i projektet, och andelen optometrister sannolikt är ca 15% även i Region Skåne, dvs ca 3 gånger fler, indikerar det undersökta antalet att kapaciteten att undersöka dessa patienter bör motsvara ca 2100 besök per år (52 veckor).

Av dessa 2100 besök kan man anta att 79% inte bedömts ha misstanke om glaukom. Totalt innebär det att ca 1650 besök har besparats övriga ögonvården inom Region Skåne.

Om dessa patienter istället skulle hanterats av övriga ögonvården, och 40% av de inremitterade skulle kräva minst 2 besök för att verifiera tillståndet och framtida behov av uppföljningar, medför detta att ytterligare 1650 + 1350 besök skulle belasta övriga ögonvården första året. Dessa 3000 besök skulle sedan generera årligen ytterligare minst 4500 återbesök. Utöver detta estimat, tillkommer patienter där optiker misstänkt ökad risk, för glaukom, men där misstanke om glaukom inte av optometrist bedömts föreligga.

## **Diskussion**

Patienter med ökad risk för glaukom undersöks idag oftast av optiker/optometrist. Alternativet till detta, om patientsäkerheten ska upprätthållas, vore att samtliga dessa remitteras till den övriga ögonvården. Detta skulle generera ett stort antal besök som idag inte hamnar inom den övriga ögonvården.

Ett försiktigt antagande är att för de patienter som remitteras pga ökad risk för glaukom, skulle 40% av dem kräva minst 2 besök innan de kan återkallas för uppföljning baserat på individuella förutsättningar. Övriga 60% skulle med samma antagande generera 1 besök årligen. Sammantaget med utgångspunkt i de identifierade och undersökta patienter i den angivna perioden, indikerar detta att den övriga ögonsjukvården avlastats med ett antal som skulle kunna uppgå till minst 3000 patienter första året, där varje patient skulle generera behov av årliga uppföljande undersökningar som skulle uppgå till totalt ca 4500 årliga besök.

95,5% av de patienter där optiker misstänkt ökad risk för glaukom, bedömdes av optometrist att inte ha tecken som ingav misstanke om glaukom. Även om andelen inremitterade är lågt, kan detta indikera en ytterligare potential för besparing av besök inom den övriga ögonvården.

Ett verkligt utnyttjande av optometrist som remissinstans skulle sannolikt bidra till att avlasta den övriga ögonsjukvården ytterligare. Optiker som saknar behörighet att rekvirera och administrera läkemedel, har inte samma kompetens att undersöka och bedöma patienter med ökad risk för glaukom, vilket kan resultera i onödiga remisser som ökar belastningen på den övriga ögonsjukvården. Optometrist ingår idag inte i det fastställda taxsystemet för sjukvård. Detta anses av landstingsrepresentanter försvåra för övriga sjukvårdsinstanser att utnyttja optometrist som instans för att minska sin belastning.

Andelen som remitterats vidare till övriga ögonvården är totalt 21,0%. Detta beror sannolikt pga att kravet för remiss i projektet, var att synfältsbortfall (SAP-sf), måste vara verifierat vid 2 tillfällen med 1-2 månaders mellanrum för remissorsak skulle föreligga. Andelen bekräftade remisser med dessa krav torde därför vara högre än om kravet inte tagits med. Eftersom patienter med diagnostiserad glaukom kräver livslång vård och uppföljning, är det av stor vikt att så långt möjligt minimera andelen onödiga remisser. Detta både för att minska belastningen på den övriga ögonvården och för att undvika att skapa oro hos patienter.

För icke akuta fall är den naturliga remissinstansen optometrist. Det gäller för både optiker som inte är optometrist, och i förlängningen även för vårdcentraler och för ögonmottagningar där inkomna remisser bedöms vara av icke akut natur.

## **Osäkerhetsfaktorer**

Genom att flera undersökare är involverade i projektet finns flera osäkerhetsfaktorer.

Generellt finns risk att undersökningsprotokollet inte följs lika av alla, och att bedömningar pga det görs olika och på olika underlag.

Mätning av ögontryck med luftpuff, sk NCT (non-contact-tonometry), är behäftat med större osäkerhet. Som guldstandard i glaukomvården används internationellt GAT (Goldman Applanation Tonometry). Optometristerna internationellt, och även i Sverige är utbildade i denna metod som rekommenderas i projektet för att så långt möjligt säkerställa tillförlitliga IOP-resultat. Avsaknad av GAT-instrument, eller delegation att använda GAT (krävs i Sverige pga att optikerföreskriften inte ännu har uppdaterats av Socialstyrelsen för den fastställda behörigheten att som optiker rekvirera och administrera läkemedel, kan öka osäkerheten beträffande uppmätta IOP-värden, vilka inkluderas i remiss vid misstanke om glaukom. Övana att utföra synfältsundersökning med SAP, kan tillsammans med felaktigt hanterade tillförlitlighetsfaktorer för synfältsundersökning, öka andelen felaktiga remisser.

### Övriga reflektioner

Eftersom titeln Optometrist har lyfts av Region Skåne och dessutom är den titel som normalt internationellt innebär att innehavaren innehar diagnostikbehörighet, är det den titel som fortsatt bör användas för att tydliggöra att det avser en optiker som innehar denna behörighet.

Region Skåne använder titeln Optometrist (Förfrågningsunderlag och Avtal avseende Enhet för öppen ögonsjukvård i Vårdval Skåne gällande år 2019– Förtydligande till förändringar, 2019) och menar med detta, optiker med högre (diagnostika-) behörighet. Vid flera tillfällen har det från Region Skåne och från ögonmottagningar också framförts att det finns behov att kunna identifiera optiker med högre behörighet, samt även med speciell kompetens, där keratoconus ingår. Från Optikerförbundet har därför införts verifierade kompetenser, som kan erhållas efter ansökan, och är tidsbegränsade.

### Litteraturförteckning

- Östergötland, R. (den 01 12 2018). *Nya riktlinjer för remittering av patienter med frågeställning glaukom till Ögonkliniken Östergötland*. Hämtat från [www.regionostergotland.se](http://www.regionostergotland.se).
- Biggerstaff, K. S., & Lin, A. P. (den 14 Mars 2019). *Medscape*. Hämtat från Primary Open-Angle Glaucoma Practice Essentials: [www.emedicine.medscape.com](http://www.emedicine.medscape.com)
- European Guidelines for Glaucoma*. (2014). Hämtat från EGS: <http://www.eugs.org>
- Heijl, A., & Patella, V. M. (2002). *Essential Perimetry*. Carl Zeiss Meditec.
- Heijl, A., Alm, A., Bengtsson, B., Bergström, A., Calissendorff, B., Lindblom, B., & Linden, C. (2010). *Riktlinjer för glaukomsjukvården*. Sveriges Ögonläkarförening.
- Kunimoto, D. Y., Kanitkar, K. D., & Makar, M. S. (2004). *The Wills Eye Manual*. Wills Eye Hospital.
- Melin, M. C. (2019). *Förfrågningsunderlag och Avtal avseende Enhet för öppen ögonsjukvård i Vårdval Skåne gällande år 2019– Förtydligande till förändringar*. Region Skåne.
- Merkland, D., & Gjötterberg, M. (den 3 December Läkartidningen 2019;116:FSMU). Fördröjd vård är den vanligaste avvikelser inom ögonsjukvården. *Läkartidningen*.
- Network, S. I. (2015). *SIGN 144: Glaucoma referral and safe discharge*. Hämtat från <https://www.sign.ac.uk/sign-144-glaucoma-referral-and-safe-discharge.html>.
- Racette, L., Fischer, M., Bebie, H., Hollo, G., Johnson, C. A., & Matsumoto, C. (2016). *Visual Field Digest*. Haag Streit Diagnostics.

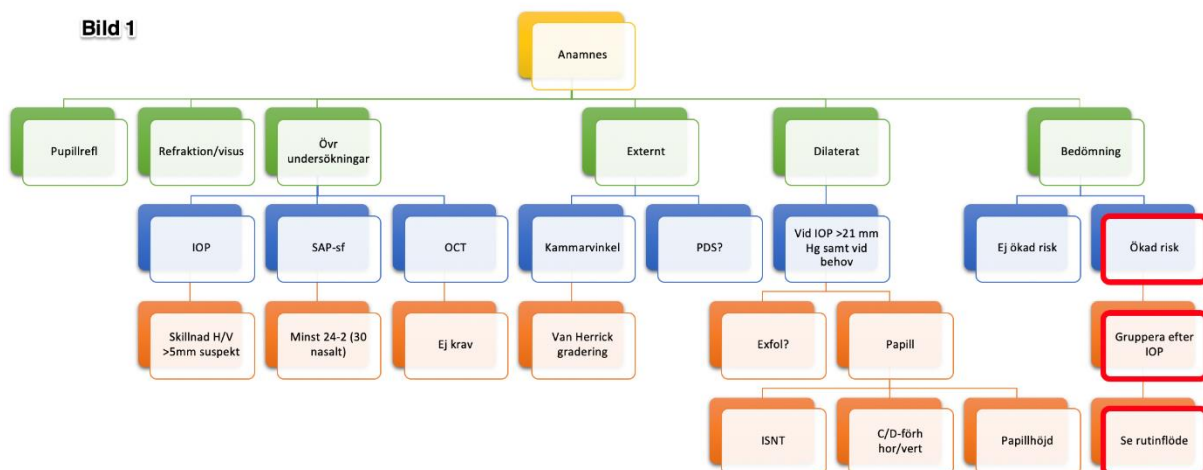
Antal undersökta patienter med ökad risk för glaukom	167
Antal inremitterade från optikerkollegor	22
Inremitterade, misstanke om ökad risk ej bekräftad	1
Inremitterade, misstanke om ökad risk bekräftad	21
IOP < 22 mm Hg, antal (andel)	112 (67,1%)
IOP 22-25 mm Hg, antal (andel)	37 (22,2%)
IOP 26-29 mm Hg, antal (andel)	16 (9,6%)
IOP > 29 mm Hg, antal (andel)	2 (1,2%)
Antal (andel) remitterade pga misstänkt glaukom	35 (21,0%)
Antal (andel) som följts upp av Optometrist	132 (79,0%)
Tabell 1. Undersökta patienter, fördelning av IOP, antal remitterade respektive uppföljda	

	Kvinnor	Män	IOP<22	IOP22-25	IOP 26-29	IOP>29	Inrem risk ej bekr	Inrem risk bekr	Följs upp	Remitterade	Andel
<41år	6	2	3	4	1	0	0	1	7	1	12,5%
41-50år	10	9	15	4	0	0	0	5	18	1	5,3%
51-60år	19	15	22	9	3	0	1	5	30	4	11,8%
61-70år	43	21	40	15	7	2	0	5	47	17	26,6%
71-80år	15	16	23	4	4	0	0	3	21	10	32,3%
>80år	6	5	9	1	1	0	0	2	9	2	18,2%
Summa	99	68	112	37	16	2	1	21	132	35	21,0%
Tabell 2. IOP per åldersgrupp, antal inremitterade misstanke om ökad risk ej bekräftad, antal inremitterade misstanke om ökad risk bekräftad, antal remitterade + andel per åldersgrupp											

IOP mm Hg	<41år	41-50 år	51-60 år	61-70 år	71-80 år	>80 år	Kvinnor	Män	Inrem risk ej bekr	Inrem risk bekr	Följs upp	Remitterade	Andel
< 22	3	15	22	40	23	9	62	50	1	19	100	12	10,7%
22- 25	4	4	9	15	4	1	26	11	0	2	29	8	21,6%
26-29	1	0	3	7	4	1	11	5	0	0	3	13	81,3%
> 29	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	100
Summa	8	19	34	64	31	11	99	68	1	21	132	35	
Tabell 3. För IOP-grupp; antal per åldersgrupp, könsfördelning, antal inremitterade misstanke om ökad risk ej bekräftad, antal inremitterade misstanke om ökad risk bekräftad, antal remitterade + andel													



**Bild 1**



**Bild 2**

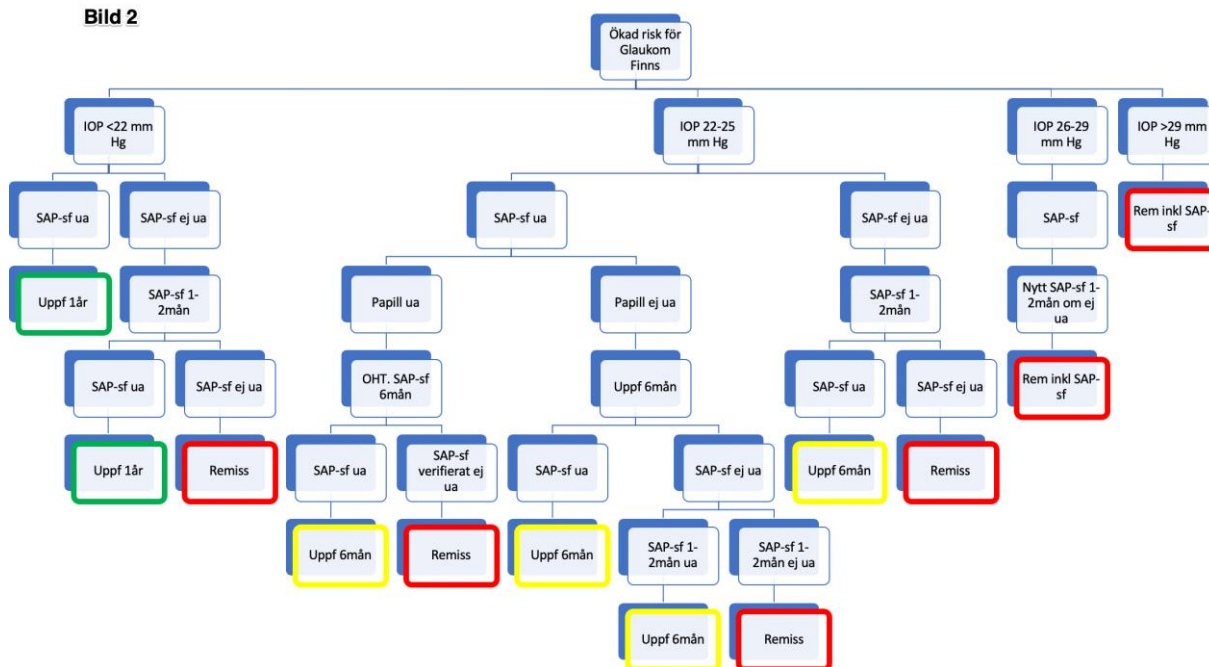


Bild 3. Undersökta per IOP-grupp

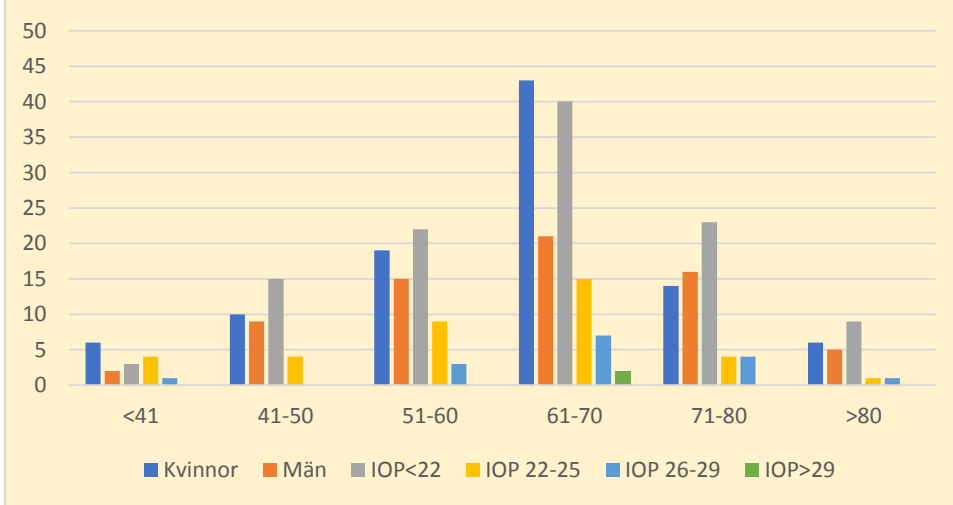
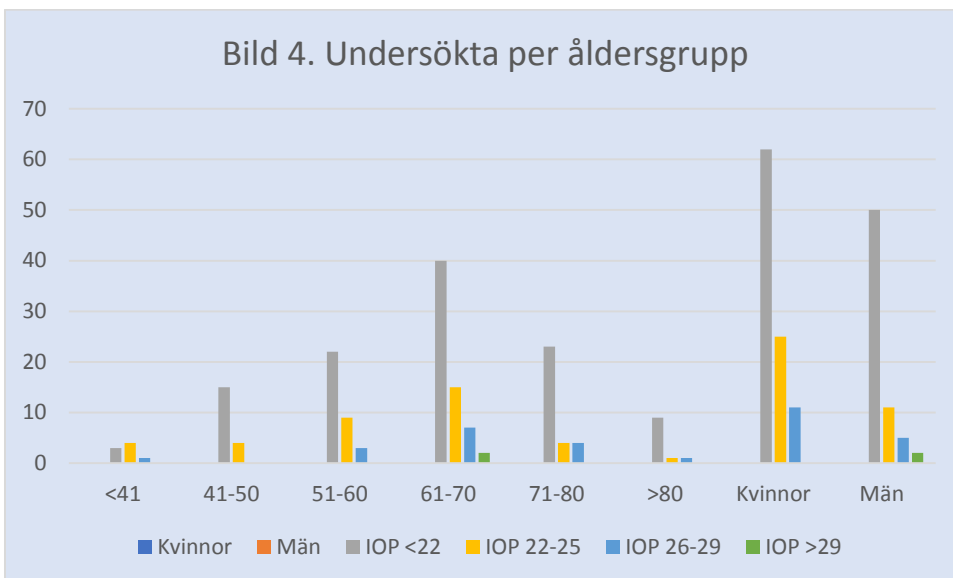


Bild 4. Undersökta per åldersgrupp



## Till samtliga optiker i Region Nordost

Information angående remisser till ögonkliniken Centralsjukhuset Kristianstad.

Med anledning av ett stort remissflöde strukturerar vi nu om remisshanteringen.

På alla remisser från er vill vi ha:

1. Symtom – monokulärt eller binokulärt
2. Duration av symtomen
3. Bästa korrigerade visus med aktuell korrektion
4. Visus och korrektion från föregående undersökning (om tillgängligt)
5. Relevanta fynd
6. Tolkbehov, vilket språk
7. Aktuellt telefonnummer
8. Om katarakt – vill patienten opereras?

Vid fynd ni finner på ögonbottenfoto eller vid ögonbottenundersökning utan aktuella symtom hos patienten hänvisar vi till era egna läkarkonsulter eller privata vårdgivare.

Som tidigare har vi inte möjlighet att:

- Kontrollera glaukomhereditet
- Ta bort xantelasma
- Ta bort mindre (2-3 mm) benigna förändringar
- Operera dematochalasis som ej stör synfältet

Med vänlig hälsning

Verksamhetschefen  
Ögonmottagningen  
Centralsjukhuset Kristianstad