

## Opinions, vivències i percepcions dels ciutadans sobre les llistes d'espera per a cirurgia electiva de cataracta i artroplàstia de maluc i/o genoll

Laura Sampietro-Colom, Mireia Espallargues, Maria-Dolors Estrada

Adaptació de: Sampietro-Colom L, Espallargues M, Reina MD, Marsó E, Valderas JM, Estrada MD. Opiniones, vivencias y percepciones de los ciudadanos en torno a las listas de espera para cirugía electiva de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. *Aten Primaria* 2004;33(2):84-94.

### Introducció

La majoria dels governs dels països desenvolupats i altres organismes internacionals advoquen per la participació ciutadana en el disseny de polítiques de salut i de servei<sup>1-3</sup>. No obstant això, són poques les iniciatives endegades en aquest sentit, malgrat que els ciutadans cada cop es troben més ben informats i, probablement, més predisposats a opinar sobre com se'ls ha de prestar l'atenció sanitària que reben. Potser és a través dels mitjans de comunicació on la veu del ciutadà es tracta de reflectir amb més freqüència, bé sigui a través d'articles sobre tòpics sanitaris específics o mitjançant la secció de "cartes del lector". Tanmateix, tant en un cas com en l'altre la informació que pot aparèixer en aquests articles pot trobar-se esbiaixada i no representar les opinions del conjunt de ciutadans.

Un dels temes que ha generat més atenció durant els darrers anys per part dels mitjans de comunicació són les llistes d'espera; especialment aquelles referides a patologies que afecten la qualitat de vida de les persones. Aquest és el primer treball empíric realitzat a Catalunya que aporta informació sobre el que pensen els ciutadans envers les llistes d'espera en general i, en particular, les de cirurgia per cataracta (CC) i d'artroplàstia de maluc i de genoll (AMG). En concret es persegueix descriure: 1) les opinions sobre les causes, la responsabilitat i les solucions de les llistes d'espera; 2) les percepcions i vivències respecte a les llistes d'espera; 3) l'opinió sobre l'establiment d'un sistema de prioritització de pacients per ser intervinguts.

### Mètode

Es va emprar la tècnica del grup focal (sessions de discussió centrades en un tema entre persones desconegudes entre si)<sup>4</sup>. Es van formar 4 grups de participants per a CC i 4 grups per a AMG (aquests dos procediments es van considerar conjuntament per presentar característiques similars). Cada un d'ells va incloure un dels següents col·lectius: 1) especialistes (oftalmòlegs i metges de família en CC; i traumatòlegs, reumatòlegs, rehabilitadors i metges de família en AMG; 2) professionals relacionats (metges de família, infermeria, treballadors socials i òptics/optometristes en CC o fisioterapeutes en AMG; 3) pacients afectats de cataractes o d'artrosi de maluc i/o genoll, i familiars d'altres pacients no participants; 4) població general, entesa com a persones no afectades per cataractes i/o artrosi ni amb familiars pròxims afectats.

L'àmbit d'estudi va ser Catalunya. Es va emprar un mostreig no probabilístic de conveniència. Els investigadors principals i els comitès científics clínics de l'estudi van reclutar els participants. Es van seleccionar individus amb capacitat de diàleg, d'intercanvi d'idees i de participació, que permetessin garantir l'obtenció d'informació rellevant. Els grups focals es van realitzar a la seu del Servei Català de la Salut, entre febrer i març de 2000. Per a cada grup es van citar entre 10 i 11 persones, una moderadora (experta en conducció de grups) i un secretari/observador, i es va sol·licitar permís per gravar la sessió. Es va utilitzar una entrevista semiestructurada amb guió preestablert, la qual es va iniciar d'una manera genèrica (cirurgia electiva) per focalitzar-se de forma progressiva en les patologies d'estudi i, finalment, en les llistes d'espera i criteris de prioritització. Es va realitzar una anàlisi de contingut de la informació registrada consistent a examinar sistemàticament un text (transcripcions) identificant i agrupant els temes que apareixen per a la seva posterior codificació, classificació i establiment de categories (línies temàtiques i subtemàtiques)<sup>5,6</sup>. Les transcripcions van ser analitzades de forma independent per dos revisors (LSC, ME, EM, MDR, DE, JMV), i la definició final de les categories es va establir per consens entre el grup de revisors. Es van seleccionar només aquelles línies que van sorgir consistentment entre els diferents grups i per a ambdós procediments (CC i AMG), o aquelles que ho van ser de forma reiterada dins d'algun grup. La Figura 1 mostra l'esquema general de l'estudi.

Correspondència: Dra. Laura Sampietro-Colom  
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)  
Recinte del Parc Sanitari Pere Virgili  
Edifici Mestral, 1ª planta  
Esteve Terradas, 30  
08023 Barcelona  
Tel. 93 259 42 00  
Fax 93 259 42 01  
Adreça electrònica: lsampietro@aatrm.catsalut.net  
Pàgina web: <http://www.aatrm.net>



## Resultats

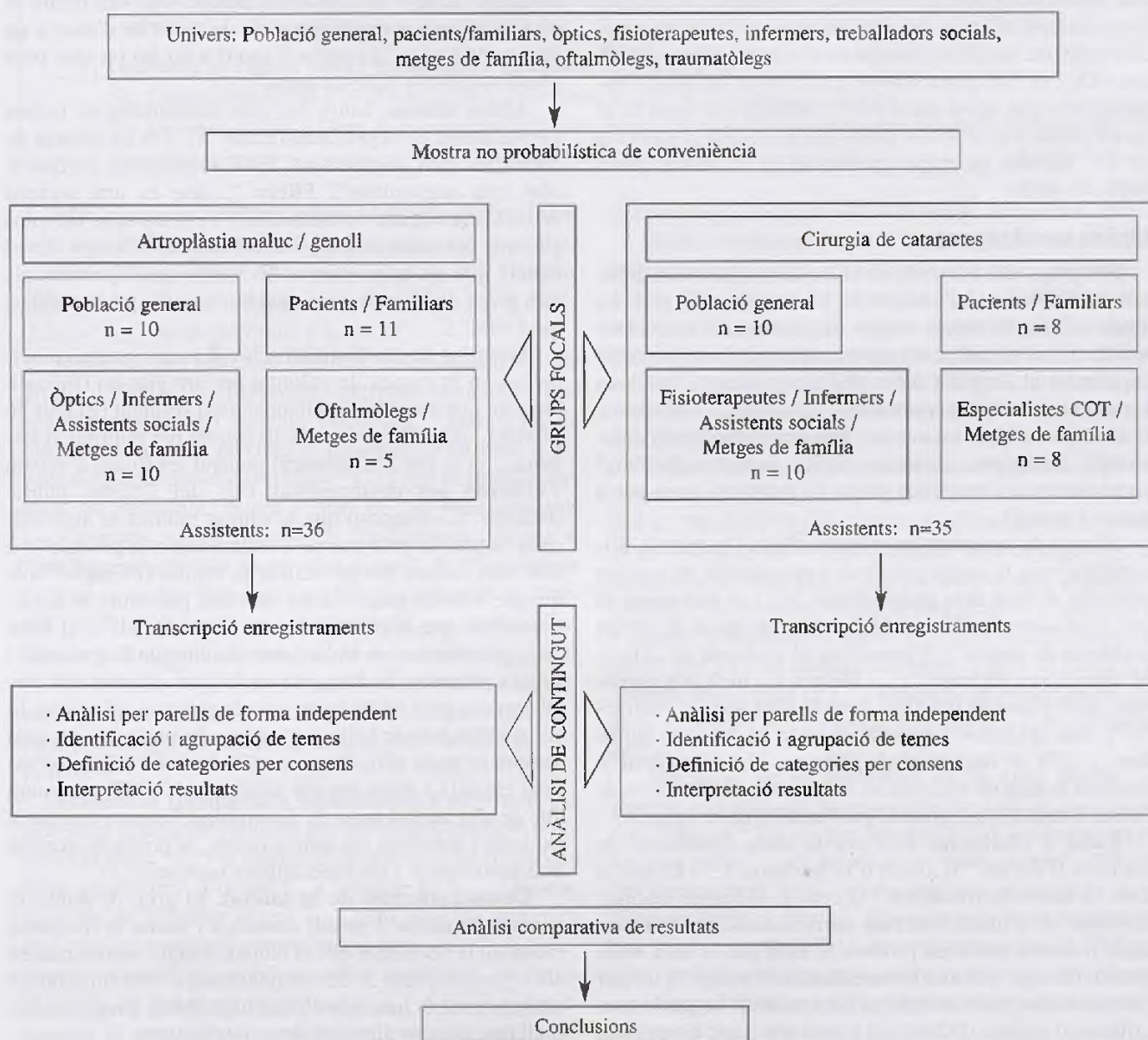
### Característiques dels participants

Es van convocar entre 10 i 11 persones per a cada un dels 8 grups focals (4 per a CC i 4 per a AMG). L'assistència a les reunions va ser desigual entre els grups (55%-100%), i destaca el menor percentatge d'assistència dels especialistes per als dos procediments estudiats. En alguns casos els convocats no es van presentar i, en d'altres, van arribar tard, la qual cosa va impossibilitar la seva participació. En total hi participaren 36 individus per a CC i 35 individus per a AMG.

En el cas de CC, en el grup de pacients i familiars, a diferència que en el cas de maluc i genoll, hi havia més dones que homes, i més del 50% dels participants van

manifestar un nivell d'estudis baix (EGB/primària o inferior), la qual cosa també es va observar en el cas d'AMG. Per a ambdós procediments, com era d'esperar, l'edat dels pacients i familiars va ser superior a la dels altres grups. També cal mencionar que, per a tots els grups va haver-hi poca representació de persones de fora de l'àmbit de Barcelona. D'altra banda, cap dels afectats per cataracta vivia sol i un 40% rebia ajuda en les seves activitats de la vida diària; mentre que tots els afectats d'artrosi vivien sols i el 83% rebien ajuda en les seves activitats quotidianes. Entre un 30% i un 60% dels participants en els diferents grups de CC varen declarar tenir persones al seu càrrec; mentre que aquest percentatge per al grup d'AMG va oscil·lar entre el 12% i el 62%.

FIGURA 1. Esquema general de l'estudi





Tots els pacients del grup de cataractes estaven afectats dels dos ulls; mentre que en el grup d'artrosi de maluc i genoll el 66% tenien les dues articulacions afectades i la resta només una. Pel que fa a l'estat de salut, per a les dues patologies, el grup de pacients i familiars va manifestar amb major freqüència que els altres grups tenir un estat de salut regular o dolent (46% en el cas de cataractes i 100% en el d'artrosi), i aquest estat de salut s'atribuïa amb major freqüència a la patologia objecte d'estudi (67% per a cataractes i 100% per a artrosi). Pel que fa al tipus d'assistència sanitària més utilitzada, per a tots els grups hi ha una major representació de ciutadans que utilitzen l'assistència pública, a excepció del grup de població general de cataractes (50% privada i 40% pública). Tots els pacients d'AMG es trobaven en llista d'espera per a aquest procediment, mentre que això passava en el 60% dels pacients amb cataractes.

Finalment, pel que fa a les característiques de la pràctica assistencial dels professionals sanitaris, per als dos procediments el grup de professionals relacionats exerceix amb una freqüència major en el sector públic (el 63% per a CC i el 70% per a AMG); a diferència del grup d'especialistes que, en el cas d'AMG, treballa per igual en el sector públic i en el sector privat (43% vs. 43%) i en el cas de CC treballa en major proporció en el sector privat (60% vs. 40%).

## Línies temàtiques

Els grups van coincidir en la majoria dels temes debatuts, i el debat es va centrar en 11 àrees temàtiques. La Taula 1 llista els temes sorgits. A continuació es comenten els temes seguits d'alguns exemples de frases textuales capturades al llarg del debat (PiFcat=pacients i familiars cataractes; PGcat=població general cataractes; Ecat=especialistes cataractes; PRcat=professionals relacionats cataractes; aquestes sigles seguides de 'mg' corresponen als mateixos grups de població però per a maluc i genoll).

**Manca de recursos (econòmics, físics i humans).** S'identifica com la causa principal, i es comenta de manera reiterada al llarg dels grups (Ecat= "(...) *el que passa és que falta diners*"; PRmg= "En el fons no deixa de ser un problema de diners"). S'especifica el concepte de dèficit, bé sigui humà (PGmg= "(...) Metges sí i molt ben preparats i amb ganes de treballar. Però fa falta que els contractin"); físic (PGcat= "Segurament no hi ha bastants quiròfans (...)") o instrumental (PRcat= "falta material"). Aquesta manca de recursos es debat amb coneixement de causa, a vegades indignació, però amb to de resignació.

**Falta d'eficiència.** Tant per la mala distribució de recursos (PiFcat= "Si diners n'hi ha, home (...) El que fa falta és saber distribuir-los."; Ecr= "(...) baixes laborals errònies, si s'identifiquessin correctament no faltarien tants recursos per a les pròtesis"); com per la seva mala gestió, bé sigui per una infrautilització (PiFmg= "(...) per què estan els quiròfans tancats a les tardes?") o per la seva utilització errònia (PG= "(...) i jo sé que quan hi vagi una

altra vegada, sanitat ha de gastar en radiografies i anàlisis perquè els de fa tres anys no valen!"). Aquest tema és consensuat per tots els grups. En el grup de població general d'AMG, els seus membres es divideixen entre la perplexitat, la indignació i la incredulitat.

**Problemes d'equitat d'accés.** La mala organització i gestió de les llistes d'espera genera problemes d'equitat d'accés geogràfic, que al seu torn provoca llistes d'espera desiguals (PGcat= "Jo suposo que la llista d'espera dependrà molt de la ciutat o del lloc on et trobis, no?"). El tema que el nivell socioeconòmic determina la rapidesa d'accés a la intervenció és molt debatut (PGmg= "Però si tens diners potser te'n vas a un altre lloc perquè no vols esperar"). Això genera indignació, impotència i ràbia. Tots els grups coincideixen que aquesta situació és inadmissible.

**Conflicte d'interessos de l'especialista.** Apareix de manera exclusiva, reiterada i debatuda, per a AMG en tots els grups (Emg= "(...) és a dir, perquè si jo vull treure'm un sou que em permeti una sèrie de coses he d'anar a un altra banda, si jo ja estaria d'acord a fer-ho on sóc, però ningú m'ofereix aquesta opció").

**Altres causes.** Entre les més nomenades es troben l'envelliment de la població (Ecat= "(...) la incidència de cataractes està augmentant. Està augmentant perquè l'edat està augmentant"; PRcr= "...que és una societat vella. Cada vegada és més vella") i els avenços tecnològics que permeten ampliar les indicacions (PRmg= "És el mateix que els marcapassos. Fa temps no s'operaven els més grans de 65 anys, i ara, què ha passat?, que hem allargat l'edat").

**Voluntat de l'administració.** Tots els grups coincideixen en la manca de voluntat per arreglar-ho (PiFcat= "Jo crec que es podria solucionar amb voluntat per part de l'Estat (...)"); PGmg= "No hi ha interès per millorar el sistema (...)"). Per a la població general les llistes d'espera s'utilitzen per desincentivar l'ús del sistema públic (PGcat= "(...) suposo que la sanitat pública té això calculat també, la gent que se li fugirà cap a la privada"); o com una excusa per privatitzar la sanitat (PGmg= "Vols dir que aquesta enquesta no està feta per veure si nosaltres volem que es privatitzi la seguretat social?"), el tema de la privatització es troba latent durant tota la discussió i genera malestar. Es comenta el fet que el tema surt freqüentment però no hi ha un interès real per solucionar-lo (Ecat= "Disminuir la llista d'espera. És un factor del qual sempre es parla perquè queda molt bé. Però la llista d'espera existeix i cada vegada anirà a més"). El sentiment que genera aquest tema és dissemblant, mentre que per a pacients i familiars els ànims cauen, la població general està preocupada i els especialistes indignats.

**Democratització de la sanitat.** El grup de població general de maluc i genoll comença i acaba la discussió mostrant la necessitat que el ciutadà estigui representat en els òrgans de presa de decisions (PGmg= "Per suportar tot això els usuaris hauríem d'estar organitzats o representats d'alguna manera dins dels hospitals").



TAULA 1. Línies temàtiques segons els objectius de l'estudi

| Objectius, línies temàtiques: subtemàtiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a) <b>Descripció de les opinions sobre les causes, responsabilitats i solucions.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Causes principals: falta de recursos (econòmics, humans i físics); mala gestió de les llistes d'espera (manca d'eficiència i desigualtat d'accés); conflicte d'interessos de l'especialista.</li> <li>2. Altres causes: envelliment de la població, millora de les tecnologies.</li> <li>3. Responsabilitat de la gestió de les llistes d'espera: falta de voluntat per part de l'administració, necessitat de democratitzar la sanitat.</li> <li>4. Solucions a les llistes d'espera: potenciar la prevenció (primària i secundària) i l'educació sanitària; reformar el sistema, en especial el seu finançament; posar més recursos i gestionar-los millor.</li> </ol> <p>b) <b>Descripció de percepcions i vivències</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Comunicació metge-pacient: escassa i defectuosa.</li> <li>6. Estat d'ànim alterat de tots els col·lectius (pacients, familiars i metges) durant l'espera.</li> <li>7. Gran afectació de les activitats de la vida diària.</li> <li>8. Intervenció més fàcil i ràpida per part de les cataractes i més cruenta en el cas de l'artroplàstia de maluc i/o genoll.</li> <li>9. Manca d'existència d'un sistema explícit d'intervenció, la qual cosa porta a inequitats a l'hora de decidir qui s'opera abans.</li> </ol> <p>c) <b>Descripció de l'opinió sobre l'establiment d'un sistema de prioritització</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Escepticisme davant d'un sistema explícit de prioritització, però es percep com a necessari.</li> <li>11. La responsabilitat a l'hora de prioritzar hauria de ser compartida pels professionals de diferents àmbits assistencials.</li> </ol> |

**Més recursos i millor gestió.** Ambdós es presenten com a solucions al tema, bé sigui a través de recursos econòmics (PiFmg= "Eh! Més pressupost (...)", humans (PGcat= "(...) més mitjans, més metges(...)", o físics (Emg= "que obrin quiròfans a la tarda").

**Reforma del sistema.** Apareix reiteradament en els grups d'AMG. Es proposen diferents solucions: una reforma radical del sistema (PGcmg= "això s'ha de reformar i donar-li la volta"); prioritització en base a les necessitats del pacient (PiFmg= "(...) que si aquella persona ho necessita, doncs l'altra no ho necessita tant (...)", canvi en el sistema de finançament (PRmg= "...s'haurà de pensar en un altre sistema de finançament (...) no es poden finançar totes les pròtesis amb el sistema que hi ha") establint, per exemple, un copagament directe (PRmg= "(...) després hi ha el cofinançament (...)" o indirecte (PiFmg= "(...) doncs vosaltres doneu-me la pròtesi que me la posaran allà (...) que l'operació no em costa gens i la clínica tampoc però he de pagar la pròtesi").

**Prevenció (primària i secundària) i educació.** És necessari educar la població per prevenir l'aparició d'artrosi (PGmg= "(...) la meitat de la població no arribaria a tenir problemes d'ossos (...) perquè hi ha exercicis, maneres de treballar el cos (...) però aquí no prevenim mai, en cap moment, només curem quan (...)", La prevenció secundària també es troba necessària (PiFmg= "se'ls ha de donar també una solució, i si ha de ser mitjançant la rehabilitació, mitjançant exercicis pal·liatius

perquè pugui suportar millor el temps d'espera (...)).

**Relació metge-pacient.** S'ha de millorar tant la informació com el tracte als pacients. (PGmg= "el metge et tracta com si fossis un número més (...)", PGmg= "(...) no sabem justament per què no ens informen"). Aquesta mancança es viu amb tristesa i resignació. La situació pot arribar a crear certa agressivitat (Ecat= "(...) barallar-nos amb els pacients, i desgraciadament ens barallem més del que hauríem").

**Estat d'ànim.** En el grup de maluc i genoll es percep angouxa pel dolor (PiFmg= "Dolor, sí, molt... Si és molt dolor... El dolor és horrible"), en el cas de les cataractes el sentiment és de tristesa (PiFcat= "Que et vegis així tan malament és molt trist"). Els pacients senten impotència (PiFcat= "la impotència que se sent quan no t'operen, i no t'operen"); depressió (Ecat= "(...) i et diuen només vull morir-me") i mal humor (PiFmg= "i això et porta a un estat de mal humor (...)", També hi ha un sentiment d'enuig (PiFmg= "(...) esperar tres anys (...) és denunciable").

**Afectació de les activitats de la vida diària.** El pacient veu minvada la seva capacitat tant de cura personal (PiFmg= "No em puc posar el mitjó, les ungles no me les puc tallar") com en els seus hàbits de vida (PiFcat= "m'agrada molt llegir i porto mig any sense llegir ni un llibre ni llegir el diari (...) perquè veig molt malament i em canso per llegir"), i es crea dependència (PiFcat= "Van arribar a vigilar-me la cuina perquè no sabia si estava cuinat el menjar o no"). Genera resignació i impotència tant a familiars com a pacients.



**Vivència de la intervenció.** Les intervencions es consideren vitals (PiFcat= "(...) et treuen la vista i et treuen mitja vida. És tot"). La intervenció de cataractes es percep com a fàcil (PiFcat= "És molt senzilla"), i curta (PiFcat= "(...) és un temps curt com de 20 minuts"). L'AMG es viu com a complexa i traumàtica (PiFmg= "(...) et posen en una sala amb totes les coses del cor ..."; "i perds molta sang, eh, també"), i els fa por (PiFmg= "t'operaràs? i no tens por?; i encara t'espantes més"), també l'equiparen amb un miracle (PyF= "(...) el dia que t'hagis d'operar, només que pugis a la llitera ja no tindràs dolor (...)").

**Percepció de la situació.** Tots els grups coincideixen a apuntar que el sistema de gestió de la llista d'espera no és el més adequat. Els coneguts passen abans (PiFmg= "però si ve un familiar passa el primer"), i també ho fan els que més es queixen (Ecr= "ploricó o enchufeó"). S'accepta amb resignació. Pel que fa a AMG es percep com un procés llarg (PiFmg= "Anys rei!"), i es denuncia la manca de gestió integral del problema (PRmg= "un institut de l'aparell locomotor que està integrat per *reumato*, *trauma* i rehabilitació (...) però una mica cadascú va per la seva banda(...)").

**Utilitat i limitacions d'un sistema de priorització.** Existeix escepticisme perquè no se soluciona el problema (Ecat= "El problema no és prioritzar, és operar"). Es reconeix la necessitat d'alguna iniciativa en aquest sentit (PGmg= "jo diria que com a mal menor que s'accepti això"). S'expliciten limitacions (Ecat= "(...) que tens a un altre que potser no li corre tanta pressa però té el preoperatori útil i si no li poses aquest dia perds el quiròfan"), i es veu com una tasca difícil (PiFcat= "És complicat decidir qui passa davant de l'altre perquè tothom és important").

**Responsabilitat en la priorització.** No existeix acord, però hi ha un rebuig que un grup assumeixi la responsabilitat exclusiva; es busca un sistema asèptic (Ecat= "Quin és l'administratiu que fa això?"; "Necessitaríem un ordinador perquè fos més asèptic"). S'apunta la necessària col·laboració entre el metge de família i l'especialista i, en general, d'un equip de professionals (PGcat= "i a partir d'aquí una valoració d'un equip de gent que només es dediqui a valorar això, diria jo, eh? (...) un equip ben fet i professional").

## Discussió i conclusions

La falta de recursos i la seva mala gestió són les causes principals de l'existència de llistes d'espera identificades pels participants. No és il·lògic, doncs, que es proposi una injecció de recursos econòmics. Això no obstant, aquesta mesura de forma isolada pot tenir un efecte contrari al desitjat <sup>7</sup>.

Malgrat la percepció que l'Administració no és sensible al problema, des de la realització de l'estudi s'han endegat diverses iniciatives en l'àmbit de Catalunya i de l'Estat que revoquen aquesta percepció. La creació de registres centralitzats <sup>8,9</sup> n'és un exemple i, alhora, podria pal·liar el problema en l'equitat d'accés.

El professional ha de millorar la comunicació amb el seu pacient, informant-lo i involucrant-lo en les decisions relacionades amb la seva patologia; i oferint-li mesures de prevenció secundària durant l'espera, sempre que sigui possible. Els òrgans competents també haurien de potenciar la prevenció primària i l'educació a la població tant per disminuir la prevalença d'aquestes patologies com per a la comprensió de les seves conseqüències quan aquestes apareguin.

Probablement si es desenvolupessin mecanismes de participació formal i propera dels ciutadans en decisions de polítiques i gestió de serveis l'acceptació ciutadana de contrarietats en els serveis sanitaris seria major.

El desenvolupament d'un sistema de priorització de pacients en llista d'espera és una més de les intervencions per millorar la gestió de les llistes d'espera. En altres països s'ha observat que aquest és un instrument acceptat per la població <sup>10,11</sup>. La seva aplicació hauria d'involucrar professionals dels diferents àmbits assistencials per tal de descongestionar les consultes a especialistes <sup>12</sup>.

En conclusió, un abordatge multifactorial que englobi actuacions de l'àmbit de la gestió, de la prevenció i educació, així com de la comunicació podria ajudar a millorar l'acceptació de les llistes d'espera per part de la ciutadania.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Organización Mundial de la Salud. SALUD 21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
2. The new NHS modern & dependable. London: U.K. Department of Health; 1999.
3. Gramberger M. Citizens as partners. Handbook on information, consultation and public participation in Policy-Making. Paris: OECD Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2001.
4. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311(6996):42-5.
5. Delgado JM, Gutierrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis S.A; 1995.
6. Amézcuca M, Gálvez TA. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):423-36.
7. Payne D. Campaign to reduce waiting lists in Ireland has had little impact. *BMJ* 2001;322(7288):694.
8. Decret 418/2000 del 5 de desembre pel qual es crea el Registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya; núm. 3305, de 15 de gener de 2001.
9. Grupo de Expertos. Informe técnico sobre listas de espera. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 2001.
10. Romanchuk KG, Sanmugasunderam S, Hadorn DC. Developing cataract surgery priority criteria: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Ophthalmol* 2002;37(3):145-54.
11. Making sense of waiting lists in Canada. Final report. Edmonton, Alberta: Western Canada waiting list project (WCWLP); 2001.
12. Dent TH, Cunningham SL, Hook WE, Morris RJ, Sylvester NC. The MODEL project: a scoring system to manage demand for cataract and joint replacement surgery. *Br J Gen Pract* 2001;51(472):917-9.