

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning vid bakteriell endoftalmit

Nationellt programområde (NPO) Ögonsjukdomar

Versionshantering

Datum	Version/beskrivning av förändring
2022-02-02	Version 1

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Om konsekvensbeskrivningen	3
Konsekvenser.....	3
Omfattning	3
Nytta eller risker för individen.....	4
Etiska aspekter.....	4
Verksamhet och organisation.....	4
Kostnader	5
Kompetensförsörjning.....	5
Påverkan på andra kunskapsstöd	5
Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	5
Uppföljning	5
Övriga konsekvenser	5

Sammanfattning

De flesta ögonkliniker har redan en praxis enligt riktlinjen. Dock förekommer det att behandlingen av patienter med en synhotande infektion inuti ögat (endoftalmit) har fördröjts då patienten har skickats till en större ögonklinik i stället för att initiera behandlingen på plats vid diagnostillfället.

Riktlinjen syftar således till att minska skillnaderna inom landet gällande den primära handläggningen vid bakteriell endoftalmit efter ögonkirurgi och läkemedelsinjektion i glaskroppen. Den viktigaste konsekvensen av tidig antibiotikainjektion i ögat, är en minskad risk för svår synskada och blindhet. Patientnyttan för den enskilde måste dock relateras till patientnyttan på gruppnivå. Konsekvensen av att ge antibiotika utan föregående odling innebär en försämrad etiologisk kartläggning av bakteriestammar och resistensmönster. Provtagning får dock inte fördröja behandlingen och kan således undantagsvis avstås.

Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivningen är utarbetad av Nationell arbetsgrupp (NAG) Kirurgisk retina och färdigställdes inför remiss 2021-05-11 i samråd med ledande experter inom ögoninfektion, gråstaroperation och injektionsbehandling vid gula fläcken-sjukdom.

Joakim Thylefors, ordförande i NAG Kirurgisk retina, är ansvarig för konsekvensbeskrivningen.

Konsekvenser

Omfattning

Enligt svenska studier är incidensen av infektioner orsakade av bakterier inuti ögat (bakteriell endoftalmit) efter kirurgi vid gråstarr (katarakt) 0,02 % — 0,04 % (Behndig et al., One million cataract surgeries: Swedish National Cataract Register 1992-2009. *J Cataract Refract Surg.* 2011;37(8):1539–45), och efter glaskroppskirurgi (vitrektomi) 0,14 % (Czajka et al., Endophthalmitis after small-gauge vitrectomy: a retrospective case series from Sweden. *Acta Ophthalmol.* 2016;94(8):829–35). Det ökande antalet glaskroppsinjektioner på grund av svullnad i gula fläcken (makula) har under senare år lett till fler endoftalmiter och även om incidensen per injektion är låg så innebär den upprepade behandlingen över en längre tidsperiod en ökad risk per individ. Enligt Svenska Makularegistrets årsrapport 2019 beräknas incidensen/injektion vara 0,023 %, men incidensen/patient vara 0,22 %.

Vid filtrerande operationer vid grönstarr (glaukom) är risken för endoftalmit högre, upp emot 0,5 % (Wallin et al., Endophthalmitis and severe blebitis following trabeculectomy. *Epidemiology and risk factors; a single-centre retrospective study, Acta Ophthalmol.* 2018;96(4):348–55). Även andra former av ögonkirurgi kan ge svåra inre ögoninfektioner.

Det förekommer inget enhetligt register över det totala antalet endoftalmiter i Sverige. Det nationella kataraktregistret och det nationella makularegistret rapporterar fall relaterade till gråstaroperation respektive injektionsbehandling vid svullnad i gula fläcken. Det finns inget kvalitetsregister för endoftalmiter relaterade till annan ögonkirurgi, vilket innebär att det är svårt att beräkna antalet personer som riktlinjen berör årligen, men uppskattningsvis gäller det drygt 60 fall per år.

Insatsen som riktlinjen berör handlar enbart om den initiala behandlingen med antibiotikainjektion i glaskroppen som ska ges direkt vid diagnos. Resurser som behövs för insatsen är en ögonläkare och en assisterande sjuksköterska, samt tillgång till adekvat läkemedel.

Nytta eller risker för individen

Betydelsen av snabbt insatt primär behandling med glaskroppsinjektion av antibiotika vid endoftalmit är väl förankrad inom vetenskapen och professionen och minskar risken för komplikationer med grav synskada eller blindhet som följd. Patientnyttan anses således hög.

Det finns en ojämlig geografisk fördelning av Sveriges ögonkliniker vilket kan innebära långa avstånd mellan den primära ögonkliniken som initialt handlägger patienten, till den närmaste enhet som bedriver näthinne- och glaskroppskirurgi (vitreoretinalkirurgi) där vidare vård vid endoftalmit ges. Om således den initiala vårdenheten remitterar patienten istället för att injicera antibiotika, fördröjs behandlingen vilket är till men för individen.

Riktlinjens syfte är att handläggningen vid endoftalmit ska bli mer jämlik oavsett vart i Sverigepatienten bor. Rekommendationerna inger således ingen risk för den enskilda individen.

Etiska aspekter

Kunskapsstödet innebär inga konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen. Riktlinjen ger inga undanträngningseffekter på andra patientgrupper och innebär ingen risk för onödig eller omotiverad vård, exempelvis onödiga undersökningar. Inte heller bedöms det finnas riskatt individer som borde ingå exkluderas utifrån kunskapsstödet.

För den enskilda patienten är tidig behandling även utan föregående provtagning av stort värde och etiskt försvarbart. Utifrån ett patientgruppsperspektiv påverkas dock avsaknaden av ett odlingsresultat möjlighet till epidemiologiska studier angående förekomst av olika bakterier och deras resistensmönster. Det är till nackdel både vid eventuella större utbrott och för framtida beslut om profylaktisk antibiotikaanvändning vid ögonkirurgi.

De rekommenderade åtgärderna med delvis nya rutiner är utformade utifrån aktuellt kunskapsläge och grundar sig på både internationella och nationella erfarenheter och studier enligt den referenslista som finns i riktlinjen. Riktlinjen handlar om en akut åtgärd vid svår ögonsjukdom. Varken individens delaktighet i beslut gällande behandling eller individens integritet berörs av den nya riktlinjen.

Verksamhet och organisation

De flesta ögonkliniker handlägger redan endoftalmit enligt riktlinjen men vid implementering vid övriga kliniker innebär riktlinjen en decentralisering av vården eftersom fler ögonkliniker kan bli aktuella att utföra den primära behandlingen innan remittering till större enhet sker.

Idag finns uppdaterade lokala och regionala riktlinjer för handläggning vid endoftalmit. Dessa kompletterar den nationella riktlinjen avseende praktiska rutiner, val av antibiotika och dylikt som inte den nationella riktlinjen omfattar.

Riktlinjen ersätter däremot ”State of the Art”-dokumentet ”Kliniska riktlinjer – Endoftalmit” (Socialstyrelsen, ISBN 91-7201-169-6) från 1999 publicerat av Sveriges Ögonläkarförening. State of the Art var en syntes av vetenskapligt underlag och erfarenhetskunskap som togs fram på initiativ av Socialstyrelsens medicinska expertgrupper. Ingen kontinuerlig uppdatering har gjorts och många av dokumenten är inaktuella.

Denna nya nationella riktlinje omfattar inte smittspårning, antibiotikaval och dosering vid injektion i glaskroppen, topikal tilläggsbehandling, antiinflammatorisk behandling eller endogen (smitta via blodet) endoftalmit, vilket det tidigare ”State of the Art”-dokumentet gjorde. De lokala/regionala riktlinjerna bör således innehålla denna information.

Riktlinjen berör inte digitaliseringen av vården, däremot berörs eventuellt samarbetet mellan ögonkliniker och vitreoretinala enheter. Alla enheter där intraokulär kirurgi eller intravitreal injektioner utförs rekommenderas ha en beredningsplan för lokala/regionala rutiner för handläggning vid endoftalmit. Beredningsplanen ska tas fram i samråd med närmaste enhet som utför glaskroppskirurgi (vitrektomi).

Kostnader

Många ögonkliniker behandlar redan idag enligt riktlinjen men regionala skillnader inom Sverige förekommer. De ögonkliniker som berörs av den nya riktlinjen får en viss ökad läkemedelskostnad. Antingen kan beredningen av antibiotika för injektion i glaskroppen beställas via sjukhusapoteket, vilket främst på jourtid ger en ökad kostnad, alternativt kan förberedda frysta sprutor finnas på ögonkliniken. Färdiga frysta sprutor har dock en begränsad hållbarhet (28 dagar) och måste således kasseras om de inte förbrukats inom hållbarhetstiden, vilket ger en ökad kostnad.

Riktlinjen kan således ge en blygsam ökad kostnad enligt ovan men anses kunna implementeras inom befintliga budgetramar vid de flesta berörda ögonkliniker.

Kompetensförsörjning

Ögonläkare är utbildade för att ge glaskroppsinjektioner. Således behövs ingen vidareutbildning för att kunna behandla. Däremot kan kompetens gällande provtagningsteknik förekomma och utbildning gällande lokala rutiner för den praktiska handläggningen behövs.

Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen ersätter ”State of the Art”-dokumentet ”Kliniska riktlinjer – Endoftalmit” (Socialstyrelsen, ISBN 91-7201-169-6) från 1999 publicerat av Sveriges Ögonläkarförening. Detta var ett väl genomarbetat dokument omfattande klinisk bild, provtagning, smittspårning, diagnostik och behandling vid bakteriell- och svampendoftalmit. Trots att dokumentet innehåller relevant information är ingen uppdatering gjord och riktlinjen anses således inaktuell. En skillnad mellan dokumenten är att den nya riktlinjen rekommenderar antibiotikainjektion utan samtidig provtagning från glaskroppen undantagsvis, om provtagning inte är möjlig. Tack vare utvecklingen av injektionsbehandling vid svullnad i gula fläcken har ögonläkare idag erfarenhet av att injicera läkemedel i glaskroppen och behandling vid endoftalmit kan således initieras vid de flesta ögonkliniker. Däremot föreligger ofta svårighet eller osäkerhet kring provtagning från glaskroppen, vilket inte får fördröja behandlingen.

Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Injektioner i glaskroppen ges av ögonläkare eller specialutbildad ögonsjuksköterska. Riktlinjen omfattar således inte primärvården.

Uppföljning

Efter glaskroppsinjektion av antibiotika ska vitreoretinalkirurgisk enhet kontaktas för diskussion om vidare handläggning. Vid endoftalmiter efter gråstarrskirurgi och injektionsbehandling vid svullnad i gula fläcken, ska uppgifter rapporteras till kataraktregistret respektive makularegistret, vilket redan görs idag.

Övriga konsekvenser

Inga övriga konsekvenser som inte täcks in under ovanstående punkter, exempelvis om riktlinjen påverkar IT-stöd och nya vårdinformationssystem på nationell nivå bedöms vara aktuella.