

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för injektionsbehandling av synnedsettande centralt diabetesmakulaödem (CIDME)

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för injektionsbehandling av synnedläggande centralt diabetesmakulaödem (CIDME)

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2023-10-10	v. 1

Elisabet Granstam ordförande i Nationell arbetsgrupp Medicinsk retina

2023-02-08

Västerås

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för injektionsbehandling av synnedsättande centralt diabetesmakulaödem (CIDME).....	2
Versionshantering	2
Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen.....	4
2. Konsekvenser	4
2.1 Omfattning	4
2.2 Nyttan eller risker för individen	5
2.3 Etiska aspekter	5
2.4 Verksamhet och organisation.....	6
2.5 Kostnader	6
2.6 Kompetensförsörjning.....	6
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd	6
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	6
2.9 Uppföljning	6
2.10 Övriga konsekvenser	7
Referenser	7

Sammanfattning

Riktlinje för injektionsbehandling av synnedsättande centralt diabetesmakulaödem (CIDME) bygger till stor del på ett inom ögonsjukvården tidigare antaget europeiskt vårdprogram. Den aktuella riktlinjen skiljer sig inte i någon stor omfattning från tidigare rekommendationer respektive etablerad vårdpraxis. Flertalet kliniker följer sannolikt tidigare vårdprogram men den nya nationella riktlinjen kan komma att nå större spridning och bli mer styrande.

Riktlinjen tydliggör handläggning, utredning, behandlingsstrategier och kontrollintervall vid intravitreal behandling (IVT) av centralt DME (center involving DME, CIDME). IVT vid DME, och andra retinala sjukdomar, är resurskrävande och det finns på grund av otillräckliga resurser inom ögonsjukvården i nuläget risk för underbehandling och förlängda väntetider, vilket påverkar behandlingsresultaten negativt. Den nya riktlinjen kan därför medföra ökade behov av resurser i form av personal, lokaler och utrustning samt risk för ökade läkemedelskostnader.

Riktlinjen bedöms kunna utgöra dels hjälp och stöd för behandlande kliniker, dels förbättring av behandlingsresultat och patientnytta och utjämna skillnader i handläggning av DME över landet.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Medicinsk retina har utarbetat konsekvensbeskrivningen.

Elisabet Granstam, docent och ögonläkare i Sjukvårdsregion Mellansverige och ordförande i NAG Medicinsk retina, är ansvarig för konsekvensbeskrivningen. Övriga representanter i NAG Medicinsk retina är Monica Lövestam-Adrian (Södra sjukvårdsregionen), Pierfrancesco Mirabelli (Sydöstra sjukvårdsregionen), Martin Breimer (Västra sjukvårdsregionen), Henrik Dahlgren (sjukvårdsregion Stockholm), Mattias Eklund (Norra sjukvårdsregionen) och Susanne Albrecht (styrgruppen för Svenska Makularegistret).

Urban Amrén (sjukvårdsregion Stockholm) var ordförande i NAG Medicinsk retina från arbetets start till april 2021.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Diabetesmakulaödem (DME) utvecklas ofta successivt och har oftast ett långdraget eller kroniskt förlopp. Behandling och kontroller behöver fortsätta över lång tid. Det innebär att antalet personer med pågående behandling och kontroller för DME kommer öka över tid. Intravitreal injektioner vid CIDME och andra retinala sjukdomar har de senaste åren ökat kraftigt och tar i anspråk en stor och kontinuerligt ökande andel av ögonsjukvårdens resurser.

Diagnostik, behandling och uppföljning sker inom den specialiserade ögonsjukvården. Utredning av riskfaktorer och eventuell bakomliggande sjukdom kan ske inom primärvård eller annan specialiserad vård i begränsad omfattning. Behandling för CIDME utgörs i första hand av intravitreal injektioner med anti-VEGF-läkemedel eller dexametason.

2.2 Nyttan eller risker för individen

Riktlinjen betonar vikten av god tillgänglighet till den specialiserade ögonsjukvården vid CIDME. Intravitreal injektioner med anti-VEGF eller dexametason ska ges i tillräcklig omfattning för bästa synfunktionsresultat. Riktlinjen betonar även vikten av individuellt anpassad behandling och uppföljning eftersom sjukdomens allvarlighetsgrad varierar stort mellan personer.

Om ingen behandling ges för CIDME kan sjukdomen medföra svår synfunktionsnedsättning i det drabbade ögat. Detta leder till försämrad livskvalitet, minskad autonomi och ökat hjälpbehov.

Riktlinjen bedöms kunna öka den enskilda patientens möjlighet att få tillgång till rätt behandling för CIDME i rätt tid samt kunna minska skillnader i tillgänglighet och behandling mellan olika delar av landet.

Inga risker för individen bedöms föreligga till följd av den nya riktlinjen.

Riktlinjen är baserad på systematiskt framtaget kunskapsunderlag och publicerade vetenskapliga studier.

Förutsättningarna för individens delaktighet förändras inte med denna riktlinje.

2.3 Etiska aspekter

Den framtagna riktlinjen innebär ingen påverkan på individens autonomi eller integritet.

Diagnostik, behandling och uppföljning av CIDME har hög medicinsk angelägenhetsgrad och är resurskrävande. Lång tid till första kontakt med ögonsjukvården kan medföra bestående synfunktionsnedsättning. Vidare innebär försening av planerade kontroller och behandlingar sämre behandlingsresultat och risk för bestående synnedsättning. Vid bristande tillgänglighet och otillräckliga resurser inom ögonsjukvården kan det finnas risk för undanträngningseffekter för andra patienter inom ögonsjukvården.

Riktlinjen utgår från prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården. Vård för CIDME har hög medicinsk angelägenhetsgrad och behandlingens effekt bedöms som stor enligt medicinska prioriteringsordningen för ögonsjukvård, godkänd av Nationella programområdet (NPO) ögonsjukdomar [1].

Riktlinjen medför inga konsekvenser ur jämlikhetsperspektiv.

God bevarad synfunktion har mycket stor betydelse för individens livskvalitet. Redan en måttlig nedsättning av synfunktionen ger en påtagligt försämrad livskvalitet. Den nya riktlinjen bedöms inte leda till någon onödig eller omotiverad vård. Någon risk för att patienter felaktigt exkluderas bedöms inte heller föreligga.

Den aktuella patientgruppen är ofta i arbetsför ålder och har med tanke på grundsjukdomen många andra sjukvårdskontakter. Det gör det extra angeläget med god tillgänglighet till behandling i syfte att bibehålla bra synfunktion med lågt antal vårdkontakter.

2.4 Verksamhet och organisation

Det är viktigt att den enskilda ögonkliniken har skriftliga och på enheten väl kända rutiner för diagnostik, behandling och uppföljning av CIDME. Kliniken behöver även adekvata resurser i form av personal med rätt kompetens, lokaler och utrustning. Den nya riktlinjen innebär ingen påverkan på organisation i form av koncentration eller decentralisering av verksamheten. Riktlinjen innebär inte heller någon stor påverkan på vårdpraxis då den inte i någon stor omfattning skiljer sig från aktuella rekommendationer.

2.5 Kostnader

Eftersom behandling av CIDME är resurskrävande finns det en risk att det i nuläget förkommer viss underbehandling med alltför långa behandlings- och kontrollintervall. Den nya riktlinjen i sig innebär inte någon förändring vad gäller behandlingsindikationer eller intervall mellan behandlingar respektive kontroller jämfört med rådande rekommendation. Däremot kommer den nya riktlinjen troligen nå större spridning och därmed bli mer styrande än tidigare vårdprogram, vilket förväntas ge bättre följsamhet till gällande rutiner. Detta kan i så fall resultera i ökade behov av resurser inom ögonsjukvården i form av till exempel OCT-utrustning, injektionssalar, läkemedel och personal med rätt kompetens. Dessa resurser kommer då behöva tillföras ögonsjukvården. I annat fall hotar undanträngningseffekter, dels för andra diagnoser än CIDME inom team för medicinska retina sjukdomar, dels av andra kroniska ögonsjukdomar, till exempel glaukom, som nyttjar samma resurser/personal.

2.6 Kompetensförsörjning

Handläggning av CIDME, såväl diagnostik och behandling som uppföljning, ska ske inom den specialiserade ögonsjukvården. CIDME är en sjukdom med långdraget eller kroniskt förlopp, varför behandling och kontroller behöver fortsätta under lång tid eller livslångt. Populationen med pågående behandling för CIDME förväntas därför öka successivt de kommande åren. Detta kommer att medföra ett ökat behov av medarbetare med rätt kompetens inom ögonsjukvården med både ögonläkare, sjuksköterskor specialiserade inom ögonsjukdomar, sjuksköterskor, optiker, undersköterskor och administrativ personal. Relevanta utbildningar finns etablerade för de kompetenser som behövs.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen bedöms inte påverka andra kunskapsstöd.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Diagnostik, behandling och uppföljning för CIDME ska ske inom den specialiserade ögonsjukvården och kan inte ske på annan vårdnivå. Riktlinjen utgör inte heller någon anledning till ytterligare koncentration av vård eller subspecialisering inom ögonsjukvården.

2.9 Uppföljning

Riktlinjen förändrar inte behovet av uppföljning.

Medicinskt ansvarig läkare har att, i samarbete med processansvarig läkare, följa upp att riktlinjens intentioner efterföljs. IVT-behandling av CIDME ska rapporteras till det nationella kvalitetsregistret Svenska Makularegistret, genom vilket kvalitetsindikatorer kan följas på gruppnivå.

2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge övriga konsekvenser.

Referenser

1. NPO Ögonsjukdomar, Medicinska prioriteringar inom ögonsjukvård, [Swedeye](#)