

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av retinal venocklusion

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av retinal venocklusion

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-10-27	Version 1

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av retinal venocklusion	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.....	5
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	6
3. Referenser	6

Sammanfattning

Riktlinjen vid retinal venocklusion bygger till stor del på ett inom ögonsjukvården tidigare antaget nationellt vårdprogram samt ett europeiskt vårdprogram kompletterad med genomgång av aktuell vetenskaplig litteratur. Den aktuella riktlinjen skiljer sig inte i någon stor omfattning från tidigare rekommendationer respektive etablerad vårdpraxis. Flertalet kliniker följer sannolikt tidigare antaget vårdprogram väl men den nya nationella riktlinjen kan komma att nå större spridning och bli mer styrande.

Riktlinjen tydliggör handläggning, utredning, behandlingsstrategier och kontrollintervall vid retinal venocklusion. Intravitreal injektioner vid venocklusion 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 förbättra behandlingsresultat och patientnytta samt utjämna skillnader i handläggning av venocklusioner över landet.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivningen är utarbetad av NAG medicinsk retina och färdigställdes 2022-09-14. Ansvarig är NAG medicinsk retinas ordförande Elisabet Granstam, sjukvårdsregion Mellansverige. I arbetsgruppen har följande personer ingått: Monica Lövestam-Adrian Södra sjukvårdsregionen, Pierfrancesco Mirabelli Sydöstra sjukvårdsregionen, Martin Breimer, Västra sjukvårdsregionen, Henrik Dahlgren (t o m april 2022) och Laila Eriksson (fr o m maj 2022) 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. Synpunkter från nationella experter har inhämtats.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Mer än 50 % av patienterna som drabbas är över 65 år. Prevalensen stiger med ålder: 0,7 % < 60 år, 1,2 % 60–69 år, 2,1 % 70–79 år, 4,6 % > 80 år. Det finns ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor.

Retinal venocklusion har oftast ett mycket långdraget eller kroniskt förlopp. Behandling och kontroller behöver fortsätta lång tid eller livslångt. Det innebär att antalet personer med pågående behandling för retinal venocklusion (RVO) successivt ökar över tid. Intravitreal injektioner vid venocklusion och andra retinala sjukdomar har de senaste åren ökat kraftigt och tar i anspråk en stor och kontinuerligt ökande andel av ögonsjukvårdens resurser. Enligt Svenska Makularegistret utgör RVO indikation för minst 10% av de drygt 145 000 intravitreal injektionsbehandlingar som ges årligen i Sverige [1].

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 retinal venocklusion utgörs i första hand av intravitreal injektioner med anti-VEGF-läkemedel eller dexametason. Laserbehandlingar, behandling med trycksänkande droppar eller andra trycksänkande åtgärder görs i mindre omfattning.

2.2 Nyttan eller risker för individen

Riktlinjen betonar vikten av god tillgänglighet till den specialiserade ögonsjukvården vid retinal venocklusion. Snabb behandlingsstart är viktig vid konstaterad venocklusion, framför allt vid CRVO och vid rubeosutveckling eller neovaskulärt glaukom. Intravitrealinjektioner med anti-VEGF eller dexametason respektive laserbehandling ska ges i tillräcklig omfattning för bästa synfunktionsresultat. Riktlinjen betonar även vikten av individuellt anpassad behandling och uppföljning eftersom sjukdomens allvarlighetsgrad varierar mellan personer.

Om ingen behandling för retinal venocklusion ges kan sjukdomen medföra svår synfunktionsnedsättning eller total blindhet med värk i det drabbade ögat. Detta kan leda till försämrad livskvalitet, minskad autonomi och ökat hjälpbehov. Vård för RVO har hög medicinsk angelägenhetsgrad och behandlingens effekt bedöms som stor enligt medicinska prioriteringsordningen för ögonsjukvård, godkänd av Nationella programområdet (NPO) Ögonsjukdomar [2].

Riktlinjen bedöms kunna öka den enskilda patientens möjlighet att få tillgång till rätt behandling i rätt tid samt kunna minska skillnader i tillgänglighet respektive 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

Riktlinjen innebär ingen påverkan på individens autonomi eller integritet.

Diagnostik, behandling och uppföljning av retinal venocklusion 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 synfunktionsnedsättning. 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 retinal venocklusion har hög medicinsk angelägenhetsgrad och behandlingens effekt bedöms som stor enligt medicinska prioriteringsordningen för ögonsjukvård, godkänd av Nationella programområdet ögonsjukdomar NPO Ögon [2].

Retinal venocklusion är ungefär lika vanlig hos män som hos kvinnor. 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 onödigt eller omotiverad vård. Någon risk för att patienter felaktigt exkluderas bedöms inte heller föreligga.

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 retinal venocklusion. Kliniken behöver även adekvata resurser i form av personal med rätt kompetens, lokaler och utrustning men 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 det inte i någon stor omfattning skiljer sig från aktuella rekommendationer.

2.5 Kostnader

Eftersom behandling av retinala venocklusioner är resurskrävande finns det en risk att det i nuläget förekommer viss underbehandling med alltför långa behandlings- och kontrollintervall. Riktlinjen innebär inte någon förändring vad gäller behandlingsindikationer eller intervall mellan behandlingar respektive kontroller jämfört med rådande rekommendation. Den nya riktlinjen kommer troligen nå större spridning och bli mer styrande än tidigare vårdprogram, vilket kan ge bättre följsamhet till gällande rutiner. Detta kan dock 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.

2.6 Kompetensförsörjning

Handläggning av retinal venocklusion, såväl diagnostik, behandling som uppföljning ska ske inom den specialiserade ögonsjukvården. Retinal venocklusion är en sjukdom med långdraget eller kroniskt förlopp, varför behandling och kontroller behöver fortsätta lång tid eller livslångt. Populationen med pågående behandling för retinal venocklusion förväntas därför öka successivt de kommande åren. Detta kommer att medföra ett ökat behov av medarbetare med rätt kompetens inom ögonsjukvården, såväl ögonläkare, ögonsjuksköterskor, 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 RVO skall 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. Behandling av retinal venocklusion ska rapporteras till det nationella kvalitetsregistret Svenska Makularegistret.

2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge övriga konsekvenser.

3. Referenser

1. SMR Årsrapport 2020. <https://rcsyd.se/makulareg/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Arsrapport-2020.pdf>
2. NPO Ögon Medicinska prioriteringar inom ögonsjukvård (Medicinska prioriteringslistan inom \366gonsjukv\345rd 2020, Godk\344nd av NPO 201013, 201019.xlsx) (<https://swedeye.org>)