

utvecklade förvånansvärt nog endast tre ögon sekundärt glaukom under 12 månader, ett (0,4 procent) i behandlingsgruppen och två (1,6 procent) i sham-gruppen. Motsvarande siffror i OZURDEX-studien var 0 procent respektive 1,6 procent (efter 6 månader).

Den låga andelen sekundärglaukom är förbryllande. I en svensk studie utvecklade 5 av 30 ögon (16,7 procent) i en kontrollgrupp sekundärt glaukom mot inget i den behandlade gruppen [12]. Av intresse är att i denna studie användes behandling med bevacizumab i stället för ranibizumab, till en betydligt lägre läkemedelskostnad. Dessutom gavs endast fyra injektioner under en 6-månadersperiod.

Läkemedelskostnaden för Lucentis är drygt 8 900 kronor per injektion; för Ozurdex ungefär lika mycket. Kringkostnader för varje injektionstillfälle kan uppskattas till 3 000 kronor.

Behandling med Lucentis gav en statistiskt signifikant förbättring av synen i ögon med makulaödem efter retinal venoklusion. Om alla som insjuknar med makulaödem efter BRVO respektive CRVO i Sverige skulle erbjudas denna behandling kan uppskattningsvis 2 500 personer med BRVO få en förbättring av synskärpan från i genomsnitt 0,35 till 0,55 efter 6 månader. Kostna-

den kan uppskattas till 270 miljoner kronor per år. I gruppen med CRVO skulle 1 200 personer få förbättrad synskärpa från 0,20 till 0,34 efter 6 månader till en uppskattad kostnad av 130 miljoner kronor. I denna grupp kan dock finnas andra positiva behandlingseffekter, framför allt i form av minskad risk för sekundärt glaukom, men detta har inte entydigt visats i de aktuella studierna. Över 90 procent av personer med både BRVO och CRVO har ett bättre seende andra öga.

I dessa kalkyler har ingen hänsyn tagits till att det tidigare fanns laserbehandling att tillgå. Några jämförande studier mellan olika behandlingsalternativ har inte gjorts. Kostnaden för laserbehandling är försumbar i jämförelse. Inte heller har hänsyn tagits till eventuella långtidskomplikationer till injektionsbehandling, såsom glaukom eller katarakt.

Behandling med Ozurdex innebar en knappt mätbar (men för BRVO-ögonen statistiskt signifikant) förbättring av synskärpan. En tredjedel av de behandlade ögonen fick behandlingskrävande tryckstegring.

Det finns inga studier som talar för att skillnaden i synskärpa mellan de behandlade och icke behandlade grupperna skulle öka för någon av behandlingarna vid längre uppföljningstid. Det är

också oklart hur länge injektionsbehandlingen ska pågå – vid längre behandling än ett år stiger naturligtvis kostnaderna ytterligare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

5. Campochiaro PA, Heier JS, Feiner L, et al; BRAVO Investigators. Ranibizumab for macular edema following branch retinal vein occlusion: six-month primary end point results of a phase III study. *Ophthalmology*. 2010;117:1102-12.e1.
6. Brown DM, Campochiaro PA, Bhisitkul RB, et al. Sustained benefits from ranibizumab for macular edema following branch retinal vein occlusion: 12-month outcomes of a phase III study. *Ophthalmology*. 2011;118:1594-602.
7. Brown DM, Campochiaro PA, Singh RP, et al. Ranibizumab for macular edema following central retinal vein occlusion: six-month primary end point results of a phase III study. *Ophthalmology*. 2010;117:1124-33.e1.
8. Campochiaro PA, Brown DM, Awh CC, et al. Sustained benefits from ranibizumab for macular edema following central retinal vein occlusion: Twelve-month outcomes of a phase III study. *Ophthalmology*. 2011;118:2041-9.
11. Haller JA, Bandello F, Belfort R Jr, et al. Dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema related to branch or central retinal vein occlusion twelve-month study results. *Ophthalmology*. 2011;118:2453-60.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

APROPÅ! Framtidens sjukvård

Vi måste vara där besluten fattas

Rapporten »Empati och high tech«, skriven av Anders Ekholm, analyschef på Socialdepartementet, har diskuterats av Christer Petersson i ett inlägg i Läkartidningen 12/2013 (sidorna 604-5). I rapporten beskrivs utmaningarna i framtidens sjukvård och ges, enligt inledningen, en möjlig bild av sjukvården år 2050. Den sjukvård som beskrivs värjer jag mig också instinktivt emot, i synnerhet beskrivningen av hur allmänläkarna ersatts av datorstöd och dif-fust beskrivna mentorer.

Vi kan välja att fokusera på denna del och lägga mycket energi på att tala om för Anders Ekholm och andra varför vi tror att hans beskrivning är omöjlig, felaktig och oönskad. Alternativt kan vi

välja att formulera en önskvärd utveckling, en tydlig vision av i vilken riktning vi som profession vill gå. För att få gehör för detta behöver vi fokusera på frågor som: Vad ger mest nytta i förhållande till givna resurser? Hur bör sjukvården organiseras för att möjliggöra samverkan mellan kommun, primärvård, specialister i öppenvård och slutenvård? Hur klarar vi att ge vård till en allt äldre befolkning samtidigt som vi får räkna med krympande ekonomi? Hur tillvaratas olika vårdprofessioners kompetens bäst? Hur använder vi en allt billigare och tillgängligare teknologi optimalt? Hur definierar och mäter vi kvaliteten i vården?

Dessa och många andra frågor måste besvaras. Många

aktörer behöver vara med i den processen, såväl olika vårdaktörer/professioner som ekonomer, jurister, teknologer och andra. Denna utveckling behöver utgå från ett gemensamt humanistiskt perspektiv. Våra folkvalda politiker sätter ramarna inom vilka vi har att verka.

Utvecklingen går snabbt, beslutsprocesserna i landstingsledningarna allt fortare. Om vi ska kunna påverka måste vi skapa dialog med både dem som fattar beslut och dem som tar fram beslutsunderlag. Vi måste verka såväl nationellt som i respektive landsting. Önskvärt är att vi blir inbjudna till denna dialog. Blir vi inte det får vi bjuda in oss själva.

Allmänläkares djupa medicinska kunskap, breda gene-

ralistperspektiv och stora humanism behövs på alla fronter. På nationell nivå, där framtidsanalyser och nationella satsningar tas fram. På landstingsnivå, där ackrediteringsvillkor för vårdvalen processas och beslutas. På vårdcentralen, där prioriteringar måste göras eftersom resurserna aldrig räcker till att göra allt.

Om vi inte är där kommer besluten att fattas ändå. Beslut som blir sämre för våra patienter, för oss och våra medarbetare och för samhället i stort.

Valet är vårt.

Karin Träff Nordström ordförande, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) ktn@sfam.se

