

Innspillskjema forslag/metodevarsler

Alle har anledning til å komme med tilleggsopplysninger til en metode (forslag/metodevarsel) som er foreslått for nasjonal metodevurdering før den behandles av Bestillerforum RHF. Bruk dette skjema for å gi innspill til forslag/metodevarsler på metoder som har status «Forslag mottatt/åpent for innspill».

Innsendte skjema vil bli publisert i sin helhet på nyemetoder.no. Dersom det er nødvendig informasjon for utfylling av skjemaet som ikke kan offentliggjøres ta kontakt med sekretariatet før innsending.

NB! Leverandører/produsenter bruker spesielle skjemaer for innspill, se [leverandører](#).

Jeg er klar over at skjemaet vil bli publisert i sin helhet (kryss av): X

Jeg har fylt ut punkt 5 nedenfor «Interesser og eventuelle interessekonflikter» (kryss av): X

1.Hvilken metode	
Metodens ID nummer*:	ID2018_072
Metodens tittel:	MIGS-kirurgi med iStent inject

*ID2016_XX

2. Opplysninger om den som gir innspill	
Fornavn, Etternavn	Henning Sandsmark
Eventuell organisasjon/arbeidsplass	Augeseksjon Ålesund Sjukehus
Kontaktopplysninger (e-post og/eller telefon)	henningsandsmark@me.com / 97785183

3. Har du opplysninger om bruken av metoden i Norge i dag?	Ja
Hvis metoden er i bruk: Fra hvilket tidspunkt har det vært i bruk: Primo 2017. Nevn eventuelt(le) sted(er) den er i bruk: Arendal, IFokus privatklinikk Haugesund, HUS-Bergen, Molde, OUS-Ullevål, UNN-Tromsø, Ålesund	

3. Er du det kjent med behandlingsalternativer til metoden som bør løftes frem?
--

Jeg er hovedansvarlig for glaukomoppfølgingen ved vårt sykehus/vår region, og eneste glaukomoperatør. Førstevalget for glaukompasienter er trykksenkende dråper, 1-3 dråper daglig. Kanskje omtrent halvparten tolerer dette greit, mens resterende enten progredierer eller har såpass med bivirkninger at behandlingen ikke tolereres. Man går da gjerne videre med laser (ALT/SLT), hovedproblemet med denne er at det kun er omtrent halvparten av pasientene som har effekt og varigheten er meget uforutsigbar fra et par måneder til et par år. Effekten er etter min erfaring aldri mer enn moderat eller lett. Er pasienten i en utholdbar situasjon hvor trykket virkelig må ned er kirurgi (trabekulektomi) eneste alternativ. Dette er et stort inngrep med varighet omtrent 90 min, og krever mye av både operatør og pasient hva gjelder samarbeid peroperativt. Ved vårt sykehus hvor reiselengden ofte er lang innlegges pasientene selv i ukompliserte tilfeller i 1 uke med daglig undersøkelse, deretter ukentlig poliklinisk kontroll initialt med gradvis økende intervall inntil man etter omtrent 6 mnd kan gå tilbake til ordinære glaukomkontroller. Det er et stort behov for korrekt postoperativ oppfølging og intervensjon for å få et godt resultat. Selve inngrepet er også stort (i øyesammenheng), og medfører noe risiko.

4. Er metoden aktuell for den norske spesialisthelsetjenesten?

Slik jeg ser det er iStent inject meget aktuell i vårt langstrakte land hvor hyppige kontroller er anstrengende for pasient, og gir store kostnader knyttet til pasienttransport. Det er et skrikende behov etter et behandlingsalternativ som ligger mellom trykksenkende dråper/laser og stor invasiv kirurgi. iStent inject er en prosedyre som gjerne utføres samtidig med kataraktkirurgi, men også aktuell som en stand-alone prosedyre. Det er et stort antall pasienter hvor man ser progresjon på aktuell behandling, men allikevel ikke ønsker å utføre trabekulektomi grunnet påkjenning og risiko dette medfører pasient, og det er her meget ønskelig med behandlingsalternativer utover hva som foreligger i dag. Prosedyren utført alene med for- og etterbeid er raskere og tryggere enn selv kataraktkirurgi som utføres i meget store antall. Utført sammen med kataraktkirurgi medfører innleggelse av iStent inject kun 5 minutter økt operasjonstid i trente hender, uten noen risiko siden man allerede er inne i øyet for kataraktoperasjon. Det er her en mulighet å kunne hjelpe mange pasienter (det er en vesentlig andel pasienter med katarakt som også har glaukom) med å senke trykket OG klare seg uten dråper, UTEN økt risiko. Man vil da kunne hindre mange i å progrediere til mer avansert synsskade (siden jeg som glaukomoperatør ser at mange henvises først når tilstanden er langt kommet, og mye av skaden har skjedd). Flere vil kunne beholde sertifikatet, klare seg uten hjemmebasert omsorg (flere aleneboende som trenger hjemmesykepleie for å dryppe trykksenkende dråper morgen og kveld) og bo hjemme lengre.

4. Øvrige kommentarer

Jeg har ikke utført noen kostnadsanalyse, men sett i et helseøkonomisk perspektiv (reduert medikamentkostnad, redusert behov for hjemmebasert omsorg og utsettelse av behov for sykehjem) tror jeg implantatkostnad vil kunne tjene inn seg selv og vel så det. I tillegg kommer en potensiell massiv forbedring av quality of life for den enkelte pasienten både hva gjelder bevart syn, men også å slippe unna med mindre, eventuelt helt uten, trykksenkende dråper.

5. Interesser og eventuelle interessekonflikter

Beskriv dine/deres relasjoner eller aktiviteter som kan påvirke, påvirkes av eller oppfattes av andre å ha betydning for den videre håndteringen av metoden som foreslås metodevurdert. (Eksempler: Du/dere har økonomiske interesser i saken. Du har eller har hatt oppdrag i tilslutning til eller andre bindinger knyttet til metoden eller aktører som har interesser i metoden.)

Jeg har aldri verken mottatt pengestøtte av Glaukos, eller deltatt på noen form for reiser/kongress sponset av Glaukos.