

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Giltig från: 2026-05-12

Innehållsansvar: Martin Breimer, (marbr56), Specialistläkare

Giltig till: 2028-05-12

Granskad av: Lada Kalaboukhova, (ladka1), Sektionschef

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

MEDRET Screening och ögonbottenfotobedömning avseende diabetesretinopati vid SU/ Mölndals sjukhus

UNDER BEARBETNING

Gäller även som vägledning för handläggning av patienter som ingår i screeningen vid undersökning via Köpt Vård.

Bakgrund

Göteborgsmodellen för vård av Diabetesretinopati.

Göteborg har sedan 1981 en strukturerad, välutvecklad vårdkedja för diabetesretinopati. Den kan i korta punktformer beskrivas enligt följande:

- Ögonbottenfotografering före/efter behandling.
- Fokus på medicinska riskfaktorer.
- Diabetesansvarig vårdgivare ansvarar för ögonfriska – screening
- Fotografering utförs för närvarande via Digifundus samt vid 3 screeningscentra (Östra, Diabetescentrum SU, Angered).
- Ögonsjukvården ansvarar för ögonsjuka = patienter med synhotande förändringar.
- Tydlig övergång mellan ögonfrisk och ögonsjuk via Diagnoseevaluering (DE).
- Diagnosspecifika mallar (vid arbete i Journalia Ögonbottenkontroll, tidigare RetiNet).

- Individuell och diagnosspecifik patientinformation
- Regelbunden kommunikation med diabetesansvarig vårdgivare

Arbetsbeskrivning

Om remittent och svar på screening

Det är **diabetesansvarig enhet i primärvården eller på medicinmottagning** som initierar ny screening och som skall få svar.

Vid ingen eller mild till måttlig retinopati får patienten själv inte svar, utan endast vårdgivaren, som informerar patienten, och initierar ny screening när det är dags för det. För närvarande sköter Digifundus denna handläggning för de flesta patienter i primärvården.

Vid fynd som kräver utvidgad undersökning på ögonmottagning, dvs. **vid misstanke om Allvarlig icke proliferativ diabetesretinopati** (tidigare så kallad PPDR), eller behandlingskrävande tillstånd som **DME** eller **PDR**, så skickas till remittenten både svar samt ”Röd signal-lapp”.

I Röd signallapp fyller remittenten i aktuell behandling, förekomst av hypertoni, neuro- och nefropati, hyperlipidemi och rökning enligt gjord gradering för detta, och returnerar ifylld blankett till ögonmottagningen. Patienten informeras att kompletterande undersökning behövs och att ögonkliniken nu kallar.

Ögonkliniken utför i regel inte screeningfotografering (utom för gravida i vissa fall) och lägger alltså INTE upp väntelistan för framtida screening; utan initiering ska ske från ansvarig enhet ”just in time”, utifrån föregående bedömning och rekommendation när nästa screening ska ske.

Vid bedömning, lägg märke till (och dokumentera) diabetestyp, debut/duration, behandling, HbA1c och eventuell graviditet.

*Av historiska skäl benämns **allvarlig icke proliferativ retinopati** för **PPDR** (preproliferativ diabetesretinopati enl. den tidigare nomenklaturen) i mallarna i bedömningsystemet i Journalia Ögonbottenkontroll. Informationen som går ut som svar har dock den nya benämningen (tyvärr med bortfall av ”icke proliferativ”, vilket vi får leva med tills vidare. Här nedan kallas detta tillstånd för PPDR i väntan på ändrad förkortning.*

Vid fynd i screeningen av suspekt **PPDR** (enligt den så kallade 4-2-1-regeln) eller misstänkt **DME** eller **PDR** så kallas patienten in till ögonmottagning för ett **diagnosevärderingsbesök**.

Dessa besök benämns på Mölndal för **PPDR-DE, DME-DE** respektive **PDR-DE**. Vid detta besök görs synkontroll, vidvinkelfoto och OCT-undersökning samt ges information till patienten av ögonsjuksköterska om fynden, och vad de kan leda till för alternativa åtgärder.

Behandling (t.ex *tablett*), kan ändrat sig till fototillfället: **fråga patienten om detta, samt om de har bytt VC/vårdgivare**. Aktuell vårdgivare behöver anges aktivt vid varje besök varför det behöver verifieras mot patienten.

Bedömning av PV-foto/ Bedömningsguide

All rapportering till remitterande sker med angivande av graden av retinopati. Det behövs däremot inte detaljerad beskrivning av ögonbottenförändringarna.

Vid SU/Mölndal är de respektive kontrollgrupperna **färgkodade**. Därav färgerna på rubrikerna nedan; de motsvarar respektive mall enligt följande:

Grön: screening. **Blå**: PPDR. **GUL** DME (behandlad). Vit: PDR (behandlad).

Fortsatt screening sker vid

Lindrig retinopati: Enbart mikroaneurysm (med eller utan makulopati).

Måttlig retinopati:> lindrig DRP, < PPDR (med eller utan makulopati). Makulopati är: röda prickar eller minimala exsudat inom 1 PPD från foveas centrum, utan misstanke om central förtjockning (ci-DME). Detta kan förekomma vid lindrig resp. måttlig DRP, utan att förändringen för den skall klassas som mer än måttlig DRP, eller som DME.

Besöken PPDR-DE, DME-DE respektive PDR-DE på

ögonmottagning: dessa planeras vid fynd av suspekt (eller uppenbar) PPDR, DME och PDR på screeningfoto.

Dessa besök kallas diagnosevärdering.

Suspekt **allvarlig icke-proliferativ retinopati** (i detta dokument syftat till med förkortningen **PPDR**): *Allvarlig icke-proliferativ retinopati* föreligger enligt Diabetic Retinopathy Study Group (DRS) om ett av nedanstående kriterier är uppfyllt, den s k **4-2-1-regeln**. Är två av kriterierna uppfyllda betecknas retinopatin som *mycket allvarlig*:

4: Mer än 20 uttalade intraretinala blödningar i samtliga **fyra** kvadranter (Bild 2)

2: Segmenterade eller pärlbandsliknande vener i **två** kvadranter (Bild 3)

1: Måttligt uttalade IRMA i **en** kvadrant. (Bild 3). IRMA är en övergripande term som används för att beskriva de vidgade slingriga teleangektatiska kanaler (shuntar) som bildas mellan arterioler och venoler.*

Suspekt DME: Misstänkt förtjockning av fovea centralt (Bild 2) eller exsudat som bedöms hota foveas integritet (Bild 1).

PDR/suspekt PDR: Proliferationer på papill (NVD) och övriga retina/ (NVE), eller GK-blödning eller fibros/traktion pga. suspekta proliferationer.

Aktuella screeningintervall PV-foto vid SU/Mölndal, samt indikation för fortsatt screening.

DM typ 2

Intervall

- | | |
|-----------------------------|------|
| • Ingen diabetesretinopati: | 3 år |
| • Lindrig DRP | 2 år |
| • Lindrig med makulopati | 1 år |
| • Måttlig DRP | 1 år |

DM typ 1

Intervall

- | | |
|-----------------------------|------|
| • Ingen diabetesretinopati: | 2 år |
| • Lindrig + Måttlig DRP | 1 år |

Kostbehandlad typ 2

-utan diabetesretinopati: Avslutas. Ange orsak, det vill säga ingen retinopati + ingen diabetesbehandling

-med retinopati: Som DM typ 2 ovan.

Indikation för screening: så länge den är meningsfull, vilket betyder så länge patienten dels kan medverka till undersökningen, dels skulle kunna medverka till behandling.

Om ingen retinopati finns vid 80 års ålder är det inte sannolikt att patienten kommer att utveckla behandlingskrävande retinopati under sin levnad, **varför screening då avslutas.**

Om ögonbottenfoto tas i samband med annan undersökning: Om graden av, eller frånvaro av, retinopati kan bedömas så kan man informera behandlande klinik, för att patient från en ny undersökning om nästa screening kan skjutas fram.

* Beskrivning av PPDR samt nedanstående bilder hämtade från <https://swedeye.org/wp-content/uploads/2010/09/State-of-the-Art-Diabetesretinopati.pdf>



Bild 1
DME



Bild 2
**Allvarlig
DRP**



Bild 3
Mycket
allvarlig
DRP



Bild 4 PDR i form av NVD med högrisk-karakteristika (\geq 1/3 papillyta)

Ansvar

Rutinen gäller medarbetare inom Ögonsjukvården som hanterar patienter med diabetes mellitus som genomgår screening avseende ögonbottenförändringar. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns. Linjeföraren ansvarar för att rutinen blir känd i verksamheten.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Martin Breimer, (marbr56), Specialistläkare

Granskad av: Lada Kalaboukhova, (ladka1), Sektionschef

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5),
Överläkare/Professor

Dokument-ID: SU9820-1156830909-104

Version: 3.0

Giltig från: 2026-05-12

Giltig till: 2028-05-12