

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av reperfusionersbehandling vid ischemisk stroke

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2022-01-19	Version 1.

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke	2
Versionshantering	2
Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	4
2. Konsekvenser	4
2.1 Omfattning	4
2.2 Nyttan eller risker för individen	4
2.3 Etiska aspekter	5
2.4 Verksamhet och organisation	5
2.5 Kostnader	5
2.6 Kompetensförsörjning	5
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd	5
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	6
2.9 Uppföljning	6
2.10 Övriga konsekvenser	6

Sammanfattning

Riktlinjen för reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke följer Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Det innebär ett förlängt tidsfönster för trombektomi vilket medför ökat behov av prehospitalvård och ökad prioritering av akut strokeinsjuknande 6–24 timmar, ökat behov av transport till högspecialiserat strokecentrum med trombektomiberedskap, ökat behov av neuroradiologisk utredning och ett något ökat patientunderlag för trombektomi.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Stroke ansvarar för konsekvensbeskrivningen.

Konsekvensbeskrivningen grundas på Socialstyrelsens bedömning som gjordes inför uppdateringen av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke 2020 samt på den HTA-rapport som gjordes i Södra regionen.

Lars Rosengren, professor och överläkare i neurologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och ordförande i NAG Stroke, har lett arbetet.

Övriga representanter i NAG Stroke är Mia Von Euler (Örebro), Per Wester (Umeå), Anna Brändal (Umeå), Magnus Esbjörnsson (Skåne).

Samtliga representanter har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Detta underlag baseras på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer som i sin tur baseras på flera publicerade kontrollerade, randomiserade kliniska studier. Dessa visar att sannolikheten att vara ADL-självständig ökar efter reperfusionsbehandling vid ischemisk stroke, det vill säga både trombolys- och trombektomibehandling. En andel av patienterna som får behandlingen kommer att få ett negativt utfall i form av intrakraniell blödning, biverkningar av trombolysbehandling eller komplikationer av trombektomi. Andelen som drabbas av biverkningar är dock påtagligt lägre än de som har positiv effekt av behandlingen. Risken för biverkningar minskar om indikationerna för behandlingen följs. Chansen för ett gynnsamt utfall ökar om tiden från insjuknande till insatt behandling minskar.

Socialstyrelsen uppskattar att cirka 5 500 individer per år kommer till sjukhus i intervallet 6–24 timmar efter symtomdebut. Hälften av dessa beräknas behöva undersökas med DT-angiografi efter klinisk bedömning och 25 % av alla fall kommer att behöva undersökas vidare med DT-perfusion och automatiserad bildanalys av ocklusionens karaktär för att avgöra vilka fall som är aktuella för trombektomi.

Enligt patientlagen 2014:821 är vårdgivare skyldiga att informera och göra patienten delaktig inför beslut om behandlingsalternativ. På grund av det aktuella tillståndets art med akut påverkan av cerebrala funktioner är patientens delaktighet i denna superakuta del av strokebehandling begränsad och påverkar inte denna riktlinje.

2.2 Nyttan eller risker för individen

Riktlinjen syftar till att patienter med ischemisk stroke erbjuds likvärdig akutbehandling oavsett bostadsort. Nyttan av reperfusionsbehandlingen överstiger väsentligen risken för komplikationer.

2.3 Etiska aspekter

Reperfusionsterapi vid ischemisk stroke har högsta prioritet i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke, och behandlingen är inlagd i Vårdförlopp Stroke och TIA.

Denna nya framtagna riktlinje förtydligar hur behandlingen ska genomföras. Individens autonomi och integritet påverkas inte av den nya riktlinjen. Det finns viss risk för undanträngningseffekter inom prehospital vård då transport till akutsjukhus och trombekentrum kräver en del prehospitala resurser. Det finns därmed en viss risk för undanträngningseffekter av andra patientgrupper som kräver prehospitala insatser (framför allt ambulanstransporter med hög prioritet) om dessa är för begränsade. Dessa finns väl beskrivna i nationella riktlinjer och i vårdförlopp för stroke.

Sverige är geografiskt ett stort och ojämnt befolkat land och har begränsad tillgång till neurointerventionister. Dessa neurointerventionister har dessutom behov av att göra ett visst antal ingrepp för att bibehålla teknisk förmåga. Det innebär en utmaning ur jämlikhetsperspektiv vilket är en viktig anledning till denna riktlinje.

Inklusionskriterierna i riktlinjen följer internationella och nationella riktlinjer och ökar inte på dessa ytterligare. Inklusions- och exklusionskriterierna är översiktligt beskrivna då denna riktlinje inte ersätter medicinska kunskaper för att kunna diagnostisera stroke och liknande tillstånd.

2.4 Verksamhet och organisation

Riktlinjen innebär inga ytterligare förändringar jämfört med vad som kommer att genomföras till följd av Vårdförlopp Stroke och TIA och Nationella riktlinjer för vård vid stroke.

2.5 Kostnader

För närmare beskrivning, se Socialstyrelsens hälsoekonomiska analys av nationella riktlinjer 2020. Bedömningen där, baserad på publicerade studier, uppskattar kostnaden per vunnen QALY (Quality-Adjusted Life Years) som låg till måttlig.

De fyra hälsoekonomiska analyserna man grundar sitt ställningstagande på är baserade på de publicerade studierna; ESCAPE, EXTENDIA, SWIFT PRIME, MRCLEAN och REVASCAT. De analyser som Socialstyrelsen lagt mest vikt vid var de som var baserade på svenska förhållanden och samtliga kom till slutsatsen att trombekemi jämfört med enbart standardbehandling vid ischemisk stroke bedöms innebära en låg kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (god hälsoekonomisk evidens). Detta gäller även vid trombekemi i det förlängda tidsfönstret (6–24 timmar efter symtomdebut).

Kostnaderna för hälso- och sjukvården för hela landet beskrivs som att de förväntas öka "från 109 miljoner kronor till 223 miljoner kronor för ett års fall av akut ischemisk stroke i tidsfönstret 6–24 timmar om 545 personer behandlas med trombekemi. Kostnaderna för kommunal omsorg i ett livstidsperspektiv för aktuell patientgrupp förväntas minska från 1,55 miljarder kronor till 1,32 miljarder kronor till följd av att färre personer blir livslångt beroende av omfattande hemtjänst och särskilt boende som en konsekvens av stroke".

2.6 Kompetensförsörjning

Den nya riktlinjen är anpassad till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Ytterligare påverkan på kompetensförsörjning än vad Nationella riktlinjer för vård vid stroke resulterar i bedöms inte vara aktuellt.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen följer Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid stroke och Vårdförlopp Stroke och TIA.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Riktlinjen förändrar inte påverkan som redan finns i och med antagandet av Nationella riktlinjer för vård vid stroke.

2.9 Uppföljning

Uppföljning av riktlinjen kommer ske via de nationella kvalitetsregistren EVAS och Riksstroke. Uppföljningsdata finns presenterat på respektive registers hemsida, i årsrapporter och på Vården i siffror. Data på lokal nivå kan även följas av sjukhusen via Riksstroke's dashboard (visuell sammanställning av viktiga indikatorer).

2.10 Övriga konsekvenser

Konsekvenser av de åtgärder som omfattas av riktlinjen finns väl beskrivna i följande publikationer:

- HTA Skåne, Region Skåne. Trombektomi 6 till 24 timmar efter stroke. Health Technology Assessment (HTA) Rapport 2019, april 2019. Hämtad 2019-11-29 från: https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-ochutveckling/sakkunniggrupper/hta/rapporter/2019/tby6-24t_rapport190405slutgiltig.
- HTA Skåne, Region Skåne. Trombektomi med stent retrievers vid akut ischemisk stroke. Supplement Kostnadseffektivitet. Health Technology Assessment (HTA) Rapport 2015, oktober 2015. Hämtad 2019-11-29 från: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetensoch-utveckling/sakkunniggrupper/hta/rapporter/2015/supplementkostnadseffektivitet-trombektomi-tillagg-till-standardbehandling.pdf>.
- Nationella riktlinjer för vård vid stroke Hälsoekonomiskt underlag <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545-halsoekonomiskt-underlag-2020.pdf>.
- Utvärdering av vård vid stroke Nationella riktlinjer – Utvärdering. Huvudrapport med förbättringsområden. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-12-57.pdf>.
- Nationella riktlinjer för vård vid stroke: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-1-6545.pdf>.