Riktlinjer vid undersökningar utförda av optometrister och optiker i Sverige

Kliniska riktlinjer för tillpassning och ordination av prismatiska glas

Författare:

Rune Brautaset, BSc, M Phil, PhD, leg optiker, professor

Reviderat/Granskat av:

Jeanette Brandt Leg Optiker, MSc Klinisk Optometri

Suhad Al-Khademi Leg Optiker, MSc Klinisk Optometri

Godkänt för publicering, datum: 2026-11-01



Optikerförbundet

Allmänt om kliniska riktlinjer

Avsikten med kliniska riktlinjer

Kliniska riktlinjer är framtagna av Optikerförbundet för att ange riktlinjer för en minsta nivå hur undersökningar och/eller bedömningar, respektive åtgärder bör utföras vid hantering av patienter av olika kategorier. Dessa har efter bedömning fastställts ska gälla i Sverige.

Riktlinjer är omfattande men kortfattat beskrivna. Referenser är inkluderade. Respektive optometrist / optiker är ansvarig för att upprätthålla denna minsta nivå, göra en samlad bedömning samt att göra de kompletterande undersökningar som kan krävas i det enskilda fallet, eller om nytillkommen kunskap visar att så bör ske. Allt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kliniska riktlinjer revideras löpande.

Optiker och optometrister

I Sverige finns sedan september 2016 optiker med behörighet att rekvirera och administrera läkemedel vid sina undersökningar. Dessa optiker har rätten att använda titeln optometrist i Sverige, vilket överensstämmer med den internationellt använda titeln.

För att inte skapa oklarhet avseende titeln optometrist, får inte andra än de som har behörighet som optiker att rekvirera och administrera läkemedel, använda titeln optometrist.

Optometrister och optiker är de som utför majoriteten av primära ögonundersökningar i Sverige (http://www.ecoo.info, 2017).

Optometrister och optiker har en viktig funktion i den svenska ögonhälsovården.

Kliniska riktlinjer för tillpassning och ordination av prismatiska glas

Riktlinjen ersätter inte kliniskt omdöme, lokala vårdprocesser eller skyldigheten att remittera vid misstanke om bakomliggande sjukdom.

1. Syfte, målgrupp och avgränsning

Riktlinjen ska stödja legitimerade optiker vid utredning, provning, ordination, utlämning och uppföljning av prismatisk korrektion i glasögon. Målet är att minska besvärande binokulära symtom eller diplopi med minsta effektiva prismastyrka, samtidigt som bakomliggande okulär, neurologisk eller systemisk sjukdom identifieras och handläggs utan dröjsmål. Riktlinjen omfattar främst vuxna med komitant eller stabil avvikelse samt utvalda fall av icke-strabismisk binokulär dysfunktion. Akut eller nytillkommen diplopi, inkomitans, neurologiska fynd, barn med manifest skelning samt instabila eller komplexa tillstånd kräver särskild försiktighet och ofta samverkan med ortoptist och ögonläkare.

2. Centrala rekommendationer

- Fastställ först om diplopin är monokulär eller binokulär och om tillståndet är nytillkommet, progredierande eller stabilt.
- Ordinera prismatisk korrektion endast när det finns ett tydligt kliniskt mål och när nyttan har verifierats i provbåge eller med provprisma under relevanta synuppgifter.
- Använd minsta prismastyrka som ger stabil enkelseende och meningsfull symtomlindring.
- Korrigera relevant refraktionsfel innan slutlig prismabedömning och mät för både avstånd och nära håll samt i relevanta blickriktningar.
- Välj temporärt Fresnelprisma när avvikelsen är instabil, prognosen osäker, prismastyrkan hög eller behandlingseffekten behöver prövas.
- Ge tydlig information om mål, begränsningar, möjliga optiska bieffekter, användningssituation och planerad uppföljning.
- Dokumentera mätmetod, avstånd, fixation, blickriktning, korrektion, ordinerad basriktning, fördelning mellan ögonen och patientens svar.

3. Varningssignaler och remiss

Akut bedömning samma dag eller enligt regional akut vårdprocess bör initieras vid nytillkommen binokulär diplopi utan känd benign förklaring, särskilt vid huvudvärk, ptos, pupillavvikelse, ögonmotorikpåverkan, neurologiska symtom, trauma, proptos, smärta, allmänpåverkan eller misstanke om kranialnervspares, stroke, aneurysm, myastenia gravis, tyreoideaassocierad orbitopati eller annan orbital/neurologisk sjukdom. Prismatisk symtomlindring får inte fördröja diagnostik. Planerad remiss eller samråd med ortoptist/ögonläkare rekommenderas vid inkomitant avvikelse, snabbt varierande prismabehov, manifest skelning hos barn, oklar diagnos, misstänkt suppression eller amblyopi, besvär trots adekvat provning samt inför prismastyrkor som bedöms tekniskt eller funktionellt svåra att permanent slipa in.

4. Klinisk undersökning

4.1 Anamnes

- Debut, duration, förlopp och variation över dagen.
- Monokulär eller binokulär diplopi; horisontell, vertikal, torsionell eller kombinerad separation.
- Utlösande situationer: avstånd, nära håll, läsning, skärm, bilkörning, trötthet eller särskild blickriktning.
- Tidigare skelning, amblyopi, prismaglas, ögonkirurgi, trauma eller neurologisk/systemisk sjukdom.
- Läkemedel, samsjuklighet och relevanta symtom såsom huvudvärk, yrsel, balansproblem, ptos eller sväljnings-/talsvårigheter.
- Patientens huvudsakliga aktivitetskrav och behandlingsmål.

4.2 Minimiundersökning

- Monokulär och binokulär visus med aktuell och bästa korrektion.
- Objektiv och subjektiv refraktion; cykloplegi när kliniskt motiverat.
- Pupillreaktioner, ögonmotorik, huvud-/ansiktshållning och orienterande ögonhälsoundersökning.
- Cover–uncover och alternerande covertest med bästa korrektion på avstånd och nära håll; prismacover-test där det är möjligt.
- Bedömning av komitans i diagnostiska blickriktningar och vid behov huvudlutning.
- Sensorisk status: suppression, fusion, stereoseende och vid behov fixation disparity.
- Vergensreserver och återgång, när sådana mätningar är relevanta och tillförlitliga.

- Upprepa mätningar vid variation eller trötthetsrelaterade symtom och notera testbetingelser.

5. Beslut och tillpassning

1. **Formulera indikation och mål.** Exempel: enkelseende vid primär blick på avstånd, symtomfri läsning under 30 minuter eller minskad kompensatorisk huvudställning.
2. **Optimera refraktionen.** Bedöm prismabehovet med avsedd sfär-/cylinder-/additionkorrektion på plats.
3. **Bestäm avvikelsens storlek och stabilitet.** Jämför objektiva och subjektiva fynd. En enstaka forimätning ska inte ensam styra ordinationen.
4. **Prova prismat stegvis.** Börja lågt och öka tills patienten uppnår stabilt enkelseende och förbättrad komfort utan nytillkomna symtom. Undvik rutinmässigt full korrektion av hela den uppmätta avvikelsen; graden av korrektion individualiseras.
5. **Verifiera funktion.** Låt patienten gå, läsa, arbeta på relevant avstånd och växla mellan avstånd. Kontrollera både omedelbar effekt och stabilitet efter adaption i undersökningsrummet.
6. **Välj linstyp.** Fresnelprisma lämpar sig för temporär prövning, föränderliga avvikelser eller högre styrkor. Inslipat prisma övervägs när avvikelsen och den kliniska nyttan är stabila och den optiska/estetiska lösningen är genomförbar.
7. **Bestäm fördelning.** Horisontellt prisma kan vanligen fördelas mellan ögonen för att balansera tjocklek och vikt. Vertikalt prisma anges entydigt per öga och får inte oavsiktligt dubbleras. Vid synskillnad, anisometropi, särskild båge eller progressiv lins ska laboratoriet konsulteras vid behov.

6. Praktiska ordinationsprinciper

Översikt över vanliga prismalösningar		
Klinisk situation	**Vanlig inriktning**	**Kommentar**
Esodeviation med symtom	Bas ut	Prova minsta styrka som ger stabil fusion/enkelseende.
Exodeviation med symtom	Bas in	Bedöm vergenskapacitet och alternativa behandlingar.

Höger hyperdeviation	Bas ned framför höger öga och/eller bas upp framför vänster	Fördelningen måste anges entydigt och verifieras i färdiga glas.
Vänster hyperdeviation	Bas ned framför vänster öga och/eller bas upp framför höger	Fördelningen måste anges entydigt och verifieras i färdiga glas.

Kombinerad horisontell och vertikal avvikelse	**Separata komponenter eller resultant**	**Kontrollera laboratoriets notation och den kliniska effekten.**
Instabil eller förväntat övergående avvikelse	Fresnelprisma	Informera om möjlig reduktion av visus, kontrast och kosmetik.

7. Ordination, tillverkning och utlämning

Ordinationen ska ange prismastyrka i prismadioptrier, basriktning och vilket öga respektive komponent avser, samt om glasen gäller på avstånd, nära håll, en särskild arbetsuppgift eller kontinuerligt bruk. Interpupillärt avstånd, inslipningshöjd och bågval ska anpassas till den faktiska användningen. Oönskat inducerat prisma ska beaktas enligt Prentices regel, särskilt vid hög ametropi och decentrering. Vid utlämning ska styrka, basriktning, centrering, montage och prismatisk effekt verifieras. Kontrollera därefter visus, enkelseende, komfort och funktion i relevanta uppgifter. Patienten ska få skriftlig information om användning, förväntad tillvänjning, möjliga bieffekter och när tidigare kontakt ska tas.

8. Uppföljning

Planera normalt uppföljning inom 2–6 veckor efter ny eller ändrad prismakorrektion; tidigare vid Fresnelprisma, fluktuerande diplopi, uttalade symtom eller diagnostisk osäkerhet. Utvärdera måluppfyllelse, faktisk användning, visus, diplopifält, avvikelsens storlek/stabilitet, huvudställning och eventuella biverkningar. Prismastyrkan ska omprövas om symtomen kvarstår, avvikelsen ökar, patienten utvecklar diplopi i nya blickriktningar eller behöver successivt mer prisma. Vid misstänkt prismadaptation eller utebliven funktionell vinst ska diagnos och behandlingsstrategi omvärderas; ökad prismastyrka är inte automatiskt rätt åtgärd.

9. Särskilda överväganden

- **Barn:** prismatisk korrektion bör ingå i en samlad ortoptisk/oftalmologisk plan när manifest skelning, amblyopirisk eller neurologisk genes föreligger. Beakta påverkan på sensorisk utveckling och följsamhet.
- **Äldre:** värdera fallrisk, gångsäkerhet, samsjuklighet och förändrad avvikelse. Var särskilt försiktig med stora förändringar och multifokala lösningar.
- **Förvärvad hjärnskada eller neurologisk sjukdom:** ordinera inte prismor enbart utifrån ospecifika symtom. Säkerställ diagnos, definierat mål och samordning med relevant vårdgivare.
- **Yrkesförare och säkerhetskritiska uppgifter:** verifiera stabilt enkelseende och funktion under realistiska betingelser samt beakta gällande medicinska krav.
- **Yoked prismor:** evidensen för bred användning vid posturala eller perceptuella symtom är begränsad. Användning bör ske restriktivt, med tydligt mål, dokumenterad utvärdering och vid behov inom multidisciplinär rehabilitering.

10. Journalföring och kvalitetssäkring

Journalen bör minst innehålla indikation, differentialdiagnostiska överväganden, relevanta negativa fynd, mätresultat med metod och testbetingelser, provad och ordinerad prismastyrka, basriktning, fördelning mellan ögonen, linstyp, avsett användningsområde, patientens subjektiva och funktionella svar, given information, samtycke, uppföljningsplan samt eventuell remiss eller konsultation. Optikerförbundet bör före fastställande ange rekommendationsgrad/evidensnivå, ansvarig arbetsgrupp, jävshantering, remissförfarande, publiceringsdatum och planerad revidering, lämpligen minst vart tredje år eller tidigare vid ny viktig evidens.

11. Evidensläge och referenser

Prismor är en etablerad symtomatisk behandlingsmöjlighet vid utvalda fall av binokulär diplopi och dekompenserad heterofori, men det vetenskapliga underlaget för exakta doseringsregler är begränsat och klinisk praxis varierar. Rekommendationerna ovan bygger därför på kombinationen av tillgänglig evidens, grundläggande optik, riskbedömning och strukturerad individuell provning. Exempel på bakgrundskällor för arbetsgruppens fortsatta evidensgranskning är: Gray LS. The prescribing of prisms in clinical practice (2008); Anilkumar SE, Narendran K. Prisms in the treatment of diplopia with strabismus of various etiologies (2022); American Optometric Association – Clinical Practice Guidelines; College of Optometrists – Prescribing spectacles; samt NHS Scotland – Diplopia. Inför fastställande bör en systematisk litteratursökning genomföras och källorna kvalitetsgranskas.

12. Kort kliniskt beslutsstöd

1. Är diplopin binokulär och är tillståndet stabilt?
2. Finns varningssignaler eller behov av remiss?
3. Är refraktionen optimerad och avvikelsen mätt på relevanta avstånd och i relevanta blickriktningar?
4. Finns ett tydligt, patientnära behandlingsmål?
5. Ger lägsta provade prismastyrka stabilt enkelseende och funktionell förbättring?
6. Är Fresnelprisma lämpligare än inslipat prisma?


Optikerförbundet