

Föräldrarna har menat att ögonläkaren gjort en felaktig bedömning av remissen från barnavårdscentralen genom att han satt flickan i en kö för skelningskontroll och att diagnostiseringen av tumören därför fördröjts. Om flickan hade opererats tidigare hade de komplikationer som tillstötte kunnat förhindras.

### Utredning

Läkaren har redovisat för innehållet i den PM från 1989 som styrkt prioritering av remisser (Grupp 1–3). Grupp 1 har reserverats för tämligen akuta besvär med kort anamnes. Antalet remisser som grupperas har ökat hela tiden (vid den aktuella perioden var det 20 remisser per dag). På grund av besvärlig arbetssituation med flera vakanta tjänster har tid som avsatts för grupperandet varit 0–20 minuter. Väntetider för nybesök har stigit oroväckande. Avsikten har varit att fall som grupperas till 1 skall få tid inom en månad, men vid denna tidpunkt hade den stigit till två.

Även fall som bedömts höra till »Grupp 1-snarast» har det varit svårt att få in nästa dag eftersom alla läkartider varit fyllda. När inremitterande läkare angett »snabb bedömning» har detta ofta varit uttryck för att de varit osäkra på sin bedömning och velat gardera sig själva. »Tyvärr har det alltför ofta visat sig när patienten undersökts att denna begäran saknat grund och den har fått samma effekt som att ropa 'vargen kommer' utan anledning.» För att kvalitetssäkra grupperandet av remisser har skickats ett brev till inremitterande läkare med besked om förväntad väntetid.

Ögonläkaren anser att den remiss han erhöll i detta fall var förvirrande; bl a fanns ingen uppgift om det var fråga om inåt- eller utåtskelning och remissen i övrigt avspeglade en osäkerhet från den remitterande läkarens sida. Han hade grupperat fallet till »skel.dr grupp 1». Vid kliniken har efter det inträffade beslutats, att fall med misstänkt defekt röd reflex i fortsättningen skall grupperas som »grupp 1 snarast» vilket betyder att de undersöks de närmaste dagarna.

### Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har ansett att det i efterhand står klart att flickan borde ha fått en tid för undersökning på ögonkliniken omgående sedan remissen anlänt dit. Det är visserligen möjligt att med ledning av remissens innehåll misstänka att flickan drabbats av retinoblastom. Med hänsyn till att detta är en mycket ovanlig sjukdom, var det ändå förklarligt att ögonläkaren inte i första hand förknippade uppgifterna med sjukdo-

men. Den felaktiga prioriteringen bör därför inte föranleda disciplinpåföljd.

Enligt rutinerna vid ögonkliniken meddelas inremitterande läkare resultatet av remissprioriteringen, vilket ger denna läkare möjlighet att reagera om han/hon bedömer att prioriteringen gjorts felaktigt. Det är dock osäkert, när i detta fall distriktsläkaren fick meddelandet, och det finns därför inte heller skäl att ålägga henne disciplinpåföljd.

## Brister i kontroll av bakteriell ögoninfektion

**Anmälare: Socialstyrelsen**  
**Anmälad: Överläkare vid ögonklinik**

**Orsak: Infektion i ögat**  
**HSAN 1195/98**

En 71-årig kvinna opererades år 1992 på grund av grå starr i höger öga. Postoperativt uppstod svullnad och grumling av hornhinnan som kvarstod i mer än tre månader. Hon hade dock användbar syn på ögat (0,7–0,8 med korrektion).

I april 1997 sökte kvinnan ögonmottagningen med anledning av att synen blivit dålig. Läkaren fann svullnad av hornhinnan som förklaring till synned-sättningen och ordinerade kortison-ögondroppar. Vid kontroll fyra veckor senare var tillståndet oförändrat, men trycket i ögat hade stigit något (24 mm Hg). Hon fick trycksänkande droppar och fortsatt kortisonbehandling. Efter en vecka ringde patienten läkaren, eftersom hon blivit varig i ögat. Läkaren ordinerade Chloromycetinsalva utan särskild undersökning.

Vid ett tidigare inplanerat återbesök fyra månader senare visade det sig att synförmågan sjunkit till handrörelser och det förelåg nedsmältning i nedre delen av kornea och en blödning i bindhinnan. Kortisonbehandlingen sattes ut och infektionen behandlades med Chloromycetinsalva. Vid återbesök en vecka senare hade hela kornea smält ner och en perforation hotade. Patienten remitterades till länssjukhuset, där man nödgades göra evisceration.

**Socialstyrelsens vetenskapliga råd** i ögonsjukdomar har yttrat sig och han anser att patienten drabbats av en Fuchs hornhinnedystrofi som en följd av en gråstarroperation. Denna behandlades med kortison, vilket kan försvaras förutsatt att den görs under god tillsyn. För

man ingen effekt är långtidsbehandling meningslös och inte heller tillräddig, eftersom det finns risk för just de komplikationer som uppträtt i detta fall. Vetenskapliga rådet anser det strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet att driva denna behandling utan kontroller i fyra månader och dessutom ännu mer olämpligt att då utan undersökning behandla en förmodad infektion med antibiotika. Han menar att läkaren visserligen inte kan hållas ansvarig för huvuddelen av synförlusten, men däremot till att ögat måste tas bort. Slutligen framhåller han att patienten redan vid det första av de två återbesöken borde ha skickats till länslasarett för intensiv antibiotikabehandling.

Socialstyrelsen har ansett att läkarens felbedömningar inte kan anses som ringa och att uppgifter om läkarens stora arbetsbörda inte är skäl nog för att fe-len skall bedömas som ursäktliga.

### Utredning

Läkaren har i sitt yttrande framfört att det inte kan anses styrkt att kortisonbehandling varit till men för patienten utan att det är den degenerativa processen i sig som förorsakat försämringen i kornea. Vid det första återbesöket var inflammationen begränsad och han bedömde att lokal Chloromycetinbehandling skulle vara tillfyllest. Vid återbesöket hade inträffat en kraftig försämring, en utveckling som läkaren under sina 30 år som överläkare inte bevittnat.

### Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har ansett att läkaren borde ha undersökt patienten innan han under pågående lokal kortisonbehandling ordinerade antibiotika vid tecken till infektion i ögat. Han ålades en erinran.

## Bristande information om excimerlaser

**Anmälare: Patienten**  
**Anmälad: Ögonläkare vid privat ögonklinik**  
**Orsak: Synen försämrades av behandlingen**  
**HSAN 608/98**

En 28-årig man opererades av den anmälde läkaren med excimerlaser för en tämligen kraftig hyperopi och astigmatism på höger öga. Ögat hade en refraktion på +5,5 kombinerad med -1,5 i 130 grader. Vid återbesök efter drygt en månad noterades sämre syn och s k ha-

zeitveckling i den opererade hornhinnan. Efter nio månader noterades ytterligare försämring av synskärpan och förändringar centralt på hornhinnan. Han opererades på sjukhus, sedan annan läkare remitterat honom dit.

Patienten har anmält läkaren för bristfällig information före operationen, för att operationen misslyckats och för att uppföljningen varit bristfällig.

### Utredning

Läkaren har uppgett att han konstaterat ett ringa synfel på vänster öga men ett större på det högra. Denna obalans gav patienten en synstörning som han önskade få behandlad. Han hade informerats både skriftligen och muntligen, fått betänketid och sedan återkommit för behandling. Behandlingen skedde komplikationsfritt enligt gängse rutiner. Postoperativt behandlades han med kortisondroppar. Vid första återbesöket konstaterades en ringformad haze grad 2 i kornea. Synskärpan var då 0,2 och den har sedan försämrats till 0,05. Enligt läkarens mening är denna form av kraftig disighet i hornhinnan extremt ovanlig och inte förutsägbar. Internationella rapporter om komplikationer av detta slag har visat att hornhinnan klarar upp även om tidsperspektivet kan vara några år.

**Nämnden har inhämtat** ett sakkunnigutlåtande från en expert inom ögonsjukvård. Han har bl a konstaterat att patienten opererats med en relativt ny operationsmetod, när det gäller att korrigera hyperopi, som i detta fall lett till att synskärpan postoperativt var dålig. Av den skriftliga information patienten fick framgår inte att en bestående synnedsättning kan bli resultat av operationen. Något tekniskt fel har inte dokumenterats vid operationen. Vid kontrollen nio månader efter operationen beskrivs en mera uttalad haze, som enligt den sakkunnige i själva verket är en central nebula (ärr) och som är den sannolikaste förklaringen till patientens kraftiga synnedsättning. Detta är en känd komplikation vid denna typ av kirurgi.

Chefen för ögonkliniken har också yttrat sig. Han framhåller att man vid kliniken gjort över 3 000 laseroperationer mot synfel och att incidensen för dylik synnedsättande komplikation ligger på en nivå under 0,39 promille. Risken för denna komplikation är i paritet med eller till och med lägre än den som kan orsakas av kontinuerligt kontaktlinsbärande.

### Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterade att behandlingen tekniskt och medicinskt

utförts på ett acceptabelt sätt. I det skriftliga informationsmaterial som patienten erhållit angavs dock inget om risk för komplikationer med bestående skador, som bevisligen förekommer enligt vetenskapliga rapporter. »Det värsta som kan hända är att Du måste använda glasögon som förut.» Den skriftliga informationen var därför inte tillfredsställande och vetenskapligt grundad. Det är inte godtagbart att på detta sätt i en detaljerad skriftlig information utelämnar väsentliga uppgifter om risken för bestående funktionsnedsättning inför behandling i ett från sjukvårdssynpunkt friskt organ.

Läkaren har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter och nämnden ålade honom en erinran.

## Ögonmusklerna flyttades åt fel håll

**Anmälare: Socialstyrelsen**

**Anmäld: Överläkare vid ögonklinik**

**Orsak: Felaktig skelningsoperation**

**HSAN 2771/98**

En 16-årig flicka hade sex år tidigare opererats för hypofystumör, vilket medfört förutom total hypofysinsufficiens och nedsatt syn en kosmetiskt störande skelning. För detta opererades hon i vänster öga och i samband med denna operation gjordes även en tandbehandling. Ingreppen gjordes i narkos och på grund av hennes hypofysinsufficiens krävdes en hel del preoperativa förberedelser liksom postoperativ övervakning. Vid operationen flyttades emellertid muskeln åt fel håll så att skelningen förvärrades. Flickan reopererades, sedan felet uppdagats vid återbesök och då med fullgott resultat.

**Socialstyrelsen har kallat** en expert inom ämnesområdet ögonsjukdomar som i sitt yttrande framfört bl a följande:

Det är lämpligt och vanligt att operatören som en sista kontroll omedelbart före operationen läser igenom valda delar av patientens journal och meddelar personalen, vad han/hon har för avsikt att göra; vid skelningsoperation vilken muskel som skall förkortas och vilken som skall flyttas bakåt. Operatören är i detta fall ensam ansvarig för det uppkomna felet. Socialstyrelsen har med stöd av yttrandet yrkat att läkaren åläggs disciplinpåföljd.

### Utredning

Ögonläkaren har i sitt yttrande framhållit att hon lagt ner stor omsorg i planeringen inför ingreppet. Vid detta skulle göras en maximal fram- och tillbakaläggning av musklerna i ena ögat, för att få en så stor minskning av skelvinkeln som möjligt. Av journal och operationsanmälan var det angivet, att det skulle göras operation för utåtskelning, men »den stressade stämningen på operation» medförde att hon flyttade åt fel håll. Den anmälda läkaren uppger i sitt yttrande att det inträffade har berört henne djupt och att rutinerna har ändrats så, att den preoperativt bestämda muskelflyttningen påförs operationsanmälan och att denna finns framför operatören under hela ingreppet.

### Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har funnit att läkaren vid ingreppet av oaktamhet gjort en felaktig ögonmuskelflyttning och ålade läkaren en varning. •

