



Ansvarsärenden i korthet

Under de senaste två decennierna har antalet ögonoperationer vid landets sjukhus och ögonmottagningar ökat kraftigt. Detta gäller speciellt gråstaroperationer med linsimplantat, men med hjälp av laserteknik har även sjukdomar i andra delar av ögat kunnat behandlas framgångsrikt.

Baksidan av detta är ett ökat antal operativa och postoperativa komplikationer, vilket också avspeglas i antalet ögonärenden i HSAN. Nedan presenteras fyra anmälningsfall gällande olika komplikationer till ögonkirurgi, som behandlats i HSAN, och dessutom ett ärende som gällt förse-nad diagnos av ögonmalignitet.

Missnöjd med läka-rens åtgärder mot ögoninfektion

Anmälare: Patienten
Anmäld: Avdelningsläkare vid ögonklinik
Orsak: Postoperativ infektion
HSAN 225/98

En 81-årig kvinna opererades i höger öga för grå starr. Den preoperativa behandlingen utfördes enligt sedvanliga rutiner med Gentamicindroppar efter att ögat spolats och tvättats. Vid operationen uppstod ett bakre kapselbrott och

en liten epinukleusrest blev kvar i glaskroppen. En linsprotes kunde dock implanteras. Dagen efter operationen hade patienten en lätt tryckstegring i ögat samt ett kornealödem, något som kunde förklaras av att operationen varit komplicerad.

På andra postoperativa dagen återkom hon som jourfall och man fann då tecken till bakteriell infektion i ögat. Hon lades in för intensivbehandling med antibiotika.

Patienten anser att man inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att förhindra en svår infektion i ögat.

Utredning

Läkaren har framhållit att hon alltid brukar informera patienterna om risk för infektion vid starroperation, men att risken är mycket liten. Den preoperativa behandlingen med antibiotikadroppar var enligt klinikens rutiner vid denna tidpunkt. Så snart infektionen upptäckts omhändertogs patienten.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har konstaterat att operationen var motiverad och att den genomfördes med god, modern kirurgisk teknik. Infektioner vid starroperationer är sällsynta. Trots noggrann aseptik kan de dock inte alltid förhindras. Vanligen är smittkällan patientens egen bakterieflora. Den preoperativa behandling patienten fick står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns inga belägg för att en mer offensiv, profylaktisk

antibiotikabehandling minskar infektionsrisken.

Anmälan lämnades utan åtgärd.

Diagnos av ögon-tumör förse-nades

Anmälare: Föräldrarna
Anmäld: Överläkare vid ögonklinik

Orsak: Felaktig prioritering av remiss
HSAN 1906/98

En 18 månader gammal flicka kontrollerades på barnavårdscentral. Föräldrarna hade sedan fyra månader märkt att flickan skelade på vänster öga. Läkaren remitterade flickan till ögonklinik och i remissen angavs: »Status: Skelar vä öga, vid snabba rörelser i sidled. Ingen normalt röd reflex vänster öga när man tittar i genomfallande ljus. - Tacksam för snabb bedömn. Grumling alt process som engagerar retina.» Remissen togs emot av den anmälda ögonläkaren, som bedömde att undersökning skulle göras inom två månader. Flickans tillstånd försämrades och hon sökte därför akut tillsammans med föräldrarna två veckor före planerat besök. Ultraljudsundersökning visade att det vänstra ögat drabbats av ett retinoblastom. Hon remitterades till regionsjukhus där ögat opererades bort. Operationen kompli-cerades av infektion.

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 synnedsättningen och ordinerade kortisonögondroppar. 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 kortisonbehandlingen 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 anmälda 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-