

Mätte inte själv – ändå ansvarig för fel linsstyrka

Även om ögonläkaren inte själv utförde den felaktiga mätningen är han ansvarig för att patienten fick en lins med fel styrka vid kataraktoperationen. Han tilldelas en erinran. (HSAN 3033/03)

■ Den 73-åriga kvinnan fick vid operation av höger öga en linsprotes med felaktig brytningskraft. Avvikelsen var cirka åtta dioptrier. Det blev nödvändigt med en reoperation med linsbyte. Efteråt fick hon en allvarlig blodcirkulationsstörning i ögat och en kraftig permanent synnedsättning.

Kvinnan anmälde ögonläkaren. Ansvarsnämnden läste journalen och tog in yttrande av ögonläkaren.

Före operationen beräknades höger ögas brytning till -4 dioptrier och vänster ögas till $-3,75$ genom avläsning av patientens glasögon. Man ville behålla ungefär samma brytning postoperativt. En lins med lämplig styrka implanterades för att ge brytning $-2,5$ dioptrier.

När det postoperativt visade sig att brytningen blev $+2,5$ dioptrier avlästes den ursprungliga glasögonstyrkan på nytt och visade sig vara $+4$ dioptrier på höger glasögon och $+3,75$ dioptrier på vänster, berättade ögonläkaren.

Den stora skillnaden mellan mätningarna berodde på att mätapparaten ibland visade kraftigt felaktiga värden genom att efter rensning dolt ligga kvar med tidigare mätvärden, som adderades till nästa mätning. I det aktuella fallet hade alltså apparaten utgångsvärdet -8 dioptrier som vid mätning av glasögon om $+4$ dioptrier gav värdet -4 dioptrier.

Anmälares anmärkning var befogad och korrekt, sa ögonläkaren.

Bedömning och beslut

Felvalet av linsstyrka berodde sannolikt på att man vid avläsning av patientens glasögon gjorde en teckenomkastning, vilket fick till följd att man planerade ögats postoperativa brytkraft så att närsynthet skulle föreligga. Man skulle i stället ha valt översynthet i paritet med det friska ögats brytningstillstånd.

Även om ögonläkaren inte själv utförde den felaktiga mätningen, borde han ha uppmärksammat det rätta förhållandet om patientens preoperativa brytningstillstånd. Han bär alltså ansvaret för att fel linsstyrka valdes, säger Ansvarsnämnden och fäller honom. •

Säkerhetsartikeln

Register bidrar till bättre bröstcancer vård

Återföring av data ur bröstcancerregistret i Uppsala–Örebroregionen i samband med regiondagar och en ärlig diskussion om resultaten har varit en förutsättning för att harmonisera behandlingspolicyen vid olika sjukhus och att stimulera samvetsgrann rapportering. Detta har lett till en förbättring av kvaliteten på bröstcancersjukvården inom regionen. Medvetenheten om kvalitetsskillnader har sannolikt bidragit till en subspecialisering inom bröstcancer vården.

■ Registrering av alla nydiagnostiserade fall av bröstcancer startade vid Regionalt onkologiskt centrum i september 1992 och till och med januari 2003 hade 14 130 patienter registrerats. Uppsala–Örebroregionen består av sju län med ett samlat befolkningsunderlag på ungefär 1,9 miljoner människor. Den åldersstandardiserade incidensen av bröstcancer ligger med små variationer kring 140 nya fall per 100 000 invånare och år. En av avsikterna med registret har varit att registrera behandlingsföljsamhet till uppjordade vårdprogram. Resultat från registret har årligen presenterats och diskuterats i samband med en regiondag för bröstcancer i Uppsala.

I denna rapport sammanfattas och diskuteras de förändringar i behandlingsstrategier som registret bidragit till.

Operationstyp

Bröstbevarande ingrepp bör vara förstahandsalternativ i de fall där tumörens (och bröstets) storlek tillåter ett sådant ingrepp och där patienten inte speciellt efterfrågar mastektomi [1, 2].

I regionen opereras idag mellan 50 och 70 procent av patienterna med bröstbevarande ingrepp. Denna andel har varierat, och ett län avvek kraftigt från mängden i början av perioden (Figur 1). Denna avvikelse hade inte kunnat avslöjas utan en registrering och en öppen redovisning av resultaten.

Olikheterna blev ett substrat för en livlig diskussion på regiondagarna om kirurgisk strategi, och idag är variationerna mellan länen betydligt mindre.

Lymfkörtelstatus

Förekomst av lymfkörtelmetastaser är fortfarande den starkast diskriminerande prognosfaktorn. Ju fler lymfkörtlar som innehåller metastaser, desto sämre

prognos. Även antalet undersökta lymfkörtlar hos patienter som klassificerats som lymfkörtelnegativa har betydelse för överlevnad [3-5]. Detta förklaras troligen av en felklassificering av körtelpositiva som körtelnegativa, vilket medför en sämre prognos för de körtelnegativa som grupp och en risk för att kvinnan ej får adekvat adjuvant behandling. Ju fler körtlar som opereras bort, desto större är emellertid risken för besvär från arm och skulderled [6].

Figur 2 beskriver genomsnittligt antal undersökta lymfkörtlar per patient som genomgått axillutrymning fördelat på län och diagnosår. I början av registreringsperioden var målet tio undersökta körtlar ej explicit formulerat, men det fanns en debatt om axillkirurgins mål och kvalitet. Figur 2 visar en klart ökande trend av genomsnittligt antal undersökta körtlar. Trenden syns redan tidigt, möjligen på grund av att vetskapen om att registrering sker kan öka medvetenheten om kvalitet. Idag nås målet om

Författare

Leif Bergkvist, docent, överläkare, kirurgkliniken och Centrum för klinisk forskning, Centrallasarettet, Västerås

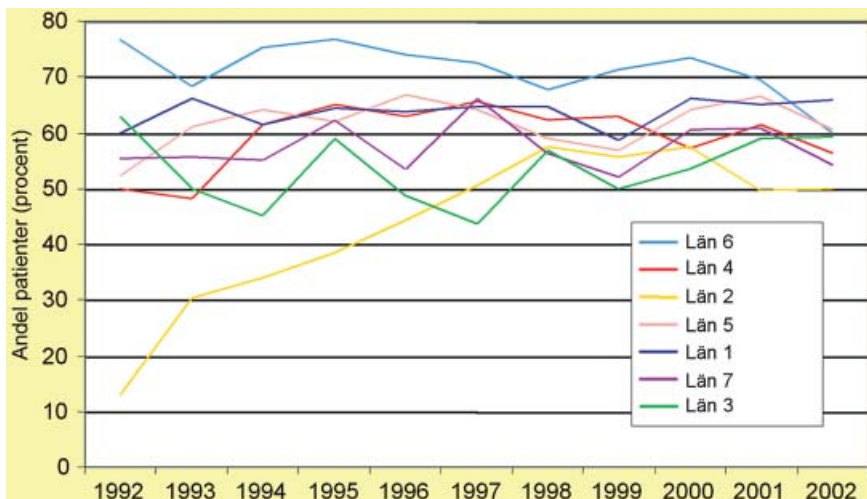
Göran Liljegren, docent, överläkare, kirurgkliniken och CAMTÖ, Universitetssjukhuset, Örebro

Johan Ahlgren, med dr, överläkare, onkologkliniken, Centrum för forskning och utveckling, Gävle sjukhus

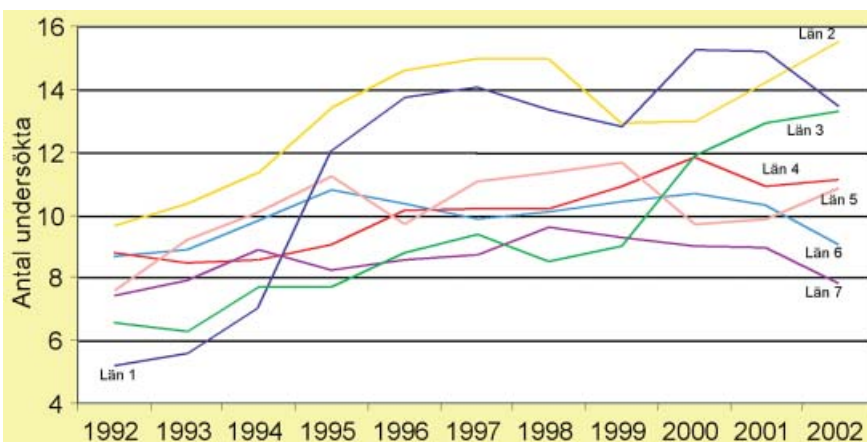
Annika Lidin, sjuksköterska, koordinator, ROC, Uppsala

Marit Holmqvist, statistiker, ROC, Uppsala

Lars Holmberg, professor, verksamhetschef, ROC, Uppsala



Figur 1. Andel bröstbevarande kirurgi i olika län inom Uppsala-Orebroregionen 1992-2002. Årtalen anger diagnosår.



Figur 2. Antal undersökta lymfkörtlar per diagnosår och län 1992-2002.

tio körtlar för en majoritet av opererade patienter i samtliga län.

Vid cancer mammae in situ föreligger i princip ingen risk för metastasering till lymfkörtlar, varför axillutrymning ej behöver göras. Med tanke på en icke obetydlig morbiditet vid axillingrepp har Svensk förening för bröstkirurgi satt som mål i sina riktlinjer att axillutrymning skall göras hos högst 10 procent av kvinnor med cancer in situ. I periodens början låg andelen axillutrymda bland in situ-fallen så högt som 35 procent.

Vi uppmanade alla att skärpa både preoperativ diagnostik av en bröstförändrings natur och indikationsställningen för axillutrymning. Sedan dess har en långsam minskning kunnat ses till 8,9 procent år 2002.

Tumörkaraktäristika

Betydelsen av en god karaktärisering av primärtumören för att kunna välja optimal postoperativ behandling har tydliggjorts under de år registret funnits. Östrogen- och progesteronreceptorer har begränsat värde som prognosfaktorer, men stort behandlingsprediktivt vär-

de. Data från systematiska översikter visar tydligt en överlevnadsvinst för receptorpositiva patienter, oavsett ålder och tumörstorlek [7, 8].

Östrogen- och progesteronreceptorer bestämdes i början av perioden fram till omkring 1998-99 med biokemiska metoder. Eftersom detta medförde en viss förlust av tumörmaterial för diagnostik, kunde man inte göra receptorbestämningar på de minsta tumörerna, Figur 3.

Större efterfrågan från klinikerna om receptorstatus ledde fram till en metoddiskussion om receptorbestämningarna. Vi började tillämpa en för alla patologi-laboratorier tillgänglig immunhistokemisk metod, som också går att använda på små tumörer. Genom metodbytet har även andelen receptorpositiva patienter, bland dem där bestämning utförts, ökat från 60-70 procent till 80-90 procent.

Tumörgradering enligt Elston-Ellis infördes i mitten av registreringsperioden. Graderingen är en del av beslutsunderlaget för adjuvant behandling. Graderingar började införas 1996 i blygsam omfattning. Registret visade siffror under 50 procent, men efter påtryck-

ningar från arbetsgruppen vid regiondagarna, där patientnyttan underströks, blev Elston-gradering snabbt rutin på de flesta håll (93 procent av alla nya fall klassificerades 1999).

Postoperativ behandling

Av de patienter som opererats med bröstbevarande kirurgi och är under 65 år får idag nära 95 procent radioterapi mot bröstet. I början av perioden gavs strålbehandling till endast 80-85 procent av alla patienter med bröstbevarande behandling. Detta är troligen en alltför låg nivå och har sannolikt lett till ett antal onödiga lokala recidiv.

Den svenska CW-1-studien [9] har visat att låg ålder är en riskfaktor för recidiv efter bröstbevarande kirurgi, speciellt om radioterapi ej ges. För äldre kvinnor är vinsten mindre och riskerna för negativa stråleffekter högre. Detta har lett till att vårdprogramgruppen sagt att radioterapi kan uteslutas till patienter över 60 år. I praktiken ges dock strålbehandling till över 70 procent av kvinnor över 65 år.

Behandling under 5 år med tamoxifen vid receptorpositiv bröstcancer har visat sig minska den relativa risken för återfall med nästan 50 procent och för död med cirka 25 procent [7, 8]. Däremot är behandlingen överksam vid receptornegativ tumör. Denna kunskap har etablerats under den tid registret funnits, liksom att behandlingen är lika effektiv för pre- som postmenopausala kvinnor. Detta avspeglas tydligt i de kurvor som beskriver andelen som behandlats med tamoxifen.

Praktiskt taget inga patienter med receptornegativa tumörer får idag tamoxifen medan nära hälften av alla patienter i stadium II fick tamoxifen trots negativa receptorer vid periodens början. En kraftig ökning av tamoxifenanvändning kan noteras för premenopausala kvinnor med receptorpositiva tumörer (Figur 4).

Adjuvant cytotastikabehandling har också ökat under perioden, tydligast för postmenopausala kvinnor med körtelmetastaser. Av premenopausala kvinnor med receptornegativa tumörer stadium II får alla cytotastika idag.

En annan kunskap som vuxit fram under de år registret använts är att kombinationen cytotastika och tamoxifen ger en additiv skyddseffekt mot återfall och död. Detta avspeglas i siffror från registrets första år där kombinerad kemoterapi och endokrin behandling var en sällsynthet jämfört med i dagens läge då 90 procent av alla receptorpositiva patienter som får cytotastika även får tamoxifen.

Studiedeltagande

Studiedeltagande, som kan anses vara

en kvalitetsfaktor för vården, har varierat över tid, bland annat beroende på tillgång på studier att ta in patienterna i. Totalt har andelen legat mellan 10 och 20 procent. Ett studiedeltagande på 20 procent måste internationellt betraktas som gott eftersom liknande beräkningar i t ex USA tyder på mycket lägre tal (ca 2 procent). Vid jämförelse länsvis ses inga dramatiska skillnader förrän allra senaste åren. Dessa skillnader kan dock delvis bero på olikheter i rapportering och introduktionen av sentinel node-tekniken och ej på reella skillnader.

Diskussion

Registerarbetet har varit mycket viktigt i vår region för att kunna identifiera problemområden och föra en levande diskussion om behandlingsföljsamhet.

Viktiga resultat hittills är en samordning när det gäller indikationer för bröstbevarande kirurgi, en förbättring av axilldiagnostiken och en bättre karaktärisering av tumören för varje patient.

Vi har också uppnått snabba resultat av vårdprogramarbetet när det gäller adjuvant terapi. En del förändringar har till och med tidsmässigt föregått de publikationer som legat till grund för förändringar av policyn. Det beror på hög forskningsaktivitet hos vårdprogramgruppen och internationella kontakter.

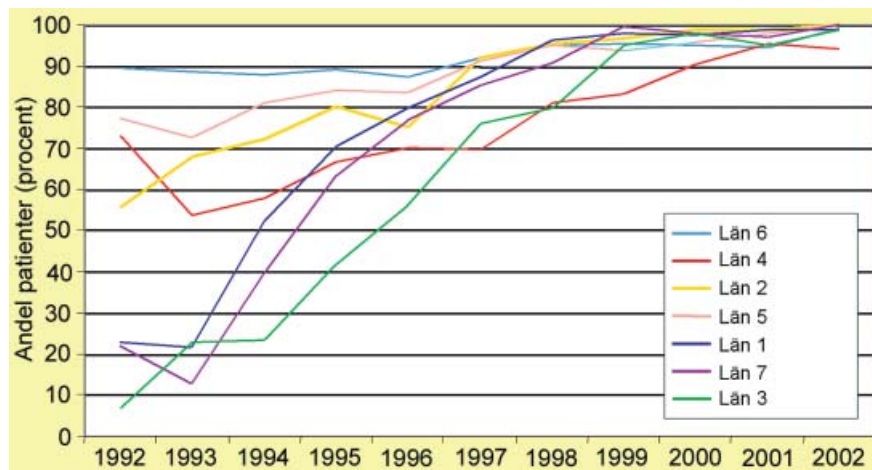
Medvetenheten om kvalitetsbrister har drivit på en subspecialisering inom bröstcancervården.

Det kommer att vara viktigt att fortsätta basregistreringen, men också att noggrant registrera hur det går för våra patienter. Uppföljningsdata ger oss möjlighet att avläsa om de förändringar som gjorts i våra behandlingsstrategier leder till förväntade överlevnadsvinster för patienterna.

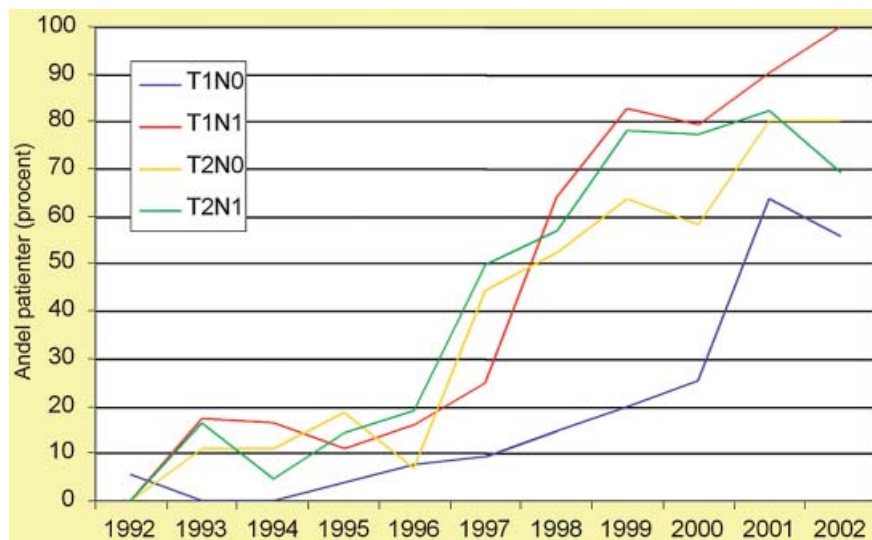
Vi har alltid haft en mycket öppen kommunikation om resultaten i den regionala arbetsgruppen, och också vid regionmöten redovisat länsvisa resultat. Detta har lett till livliga men sakliga diskussioner som på sikt förändrat och förhoppningsvis förbättrat möjligheterna för regionens invånare att få likartad bedömning och behandling.

Viktigt är att också inse ett registers begränsningar. En validering av data i registret gjordes under 1999 genom slumpmässigt urval av 100 patienter per län, som »nyregistrerades« utifrån journaluppgifter. Av 700 utsända blanketter återsändes 597. Vi fann en god överensstämmelse mellan de flesta variablerna (över 90 procent), och tillförlitligheten på inrapporterade data bedömdes vara tillräckligt bra för att kunna användas för att beskriva t ex skillnader i behandlingsmönster.

Vi har dock inte full detaljkännedom



Figur 3. Andel patienter där receptorbestämning gjorts per län och diagnosår, invasiva tumörer.



Figur 4. Andel premenopausala kvinnor som fått tamoxifenbehandling per år, uppdelat per TNM-stadium, receptorpositiva. Årtalen anger diagnosår.

om alla patienter, och kommer inte att kunna avläsa varför patient A fick en viss behandling och inte patient B. Eftersom registret ger möjligheter att jämföra olika län och kliniker, måste all rapportering ske på ett grannliga sätt och får aldrig tas till intäkt för att oskäligt kritisera kliniker eller kollegor.

För många stressade kliniker upplevs ofta registrering av verksamhet som ett gissel. Alla är intresserade av resultat från registrering men få känner den sanna glädjen när det gäller att fylla i blanketter. En levande debatt om registret är därför mycket viktig för att stimulera alla till en noggrann rapportering.

Referenser

1. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1227-32.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up

of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(16):1233-41.

3. Axelsson CK, Mouridsen HT, Zedler K. Axillary dissection of level I and II lymph nodes is important in breast cancer classification. The Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Eur J Cancer* 1992;28A:1415-8.
4. Polednak AP. Survival of lymph node-negative breast cancer patients in relation to number of lymph nodes examined. *Ann Surg* 2003;237(2):163-7.
5. Weir L, Speers C, D'Yachkova Y, Olivotto IA. Prognostic significance of the number of axillary lymph nodes removed in patients with node-negative breast cancer. *J Clin Oncol* 2002;20(7):1793-9.
6. Liljegren G, Holmberg L. Arm morbidity after sector resection and axillary dissection with or without postoperative radiotherapy in breast cancer stage I. Results from a randomized trial. Uppsala-Örebro Breast Cancer Study Group. *Eur J Cancer* 1997;33(2):193-9.
7. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. *Lancet* 1998;351(9114):1451-67.
8. Tamoxifen for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;1.
9. Liljegren G, Holmberg L, Bergh J, Lindgren A, Tabar L, Nordgren H, et al. 10-Year results after sector resection with or without postoperative radiotherapy for stage I breast cancer: a randomized trial. *J Clin Oncol* 1999;17(8):2326-33.