

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 när-synthet 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 bröstcancervård

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 bröstcancervården.

■ 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 uppgjorda 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