

»Man måste förstå att det är allvar när synskärpan går ner.«
Det säger Klas Göran Brege, tidigare verksamhetschef vid ögonkliniken vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna och sakkunnig i ögonsjukdomar hos Ansvarsnämnden.

»Allt syns inte i ögat«

Sakkunnig manar till respekt för nedsättning av synskärpan



Foto: Scampix

Han vill betona att det inte är alltid som ögonstatus ger svaret på vad som kan vara orsaken till en nedgång i synskärpa.

Därför är det enligt Klas Göran Brege viktigt att inte släppa en patient med nytillkommen synnedsättning men till synes normalt ögonstatus.

– Det finns goda undersökningsmöjligheter som bör användas för att utre-

da en oförklarad synnedsättning. Och läs dig inte vid en uteslutningsdiagnos från början.

Klas Göran Brege påpekar att det självklart inte alltid går att ställa en diagnos direkt, men att det är viktigt att starta en utredning eller åtminstone boka in ett återbesök för ny bedömning.

Nedan finns fyra HSN-anmälning-

ar mot ögonläkare som alla har det gemensamt att de inte gick vidare med utredning, alls eller tillräckligt snabbt.

Klas Göran Brege menar att det kan handla om en bristande respekt för eller reaktion på konstaterad funktionsnedsättning och sammanfattar:

– Allt syns inte i ögat! Synorganet är mer komplext än så. ■

Missade orbitatumör – patienten blev blind

Om ögonstatus inte kan ge någon förklaring till synnedsättning och till exempel förändrat färgseende bör man gå vidare med ytterligare utredning. Det är inte acceptabelt att lämna patienten utan att ens boka in ett uppföljande besök. (HSAN 2632/08)

En man i 65-årsåldern remitterades av distriktsläkare till sjukhusets ögonmottagning med anledning av synnedsättning på vänster öga. Objektivt var synskärpan prövad normal, men patienten själv hade beskrivit en känsla av bortkopplad funktion, en skymmande hinna samt blekare färgseende på vänster sida.

Nästan två månader senare finns tid för patienten och han undersöks då av

ögonläkare. En synskärpa på cirka 0,7 konstateras. Vid tiden för inremitteringen hade den varit 1,0, precis som vid besök på ögonmottagningen två respektive fyra år tidigare. Ögonläkaren fann inget avvikande i ögonstatus som kunde förklara patientens besvär. Inget återbesök planerades.

Efter cirka ett halvår återkommer patienten efter remiss från optiker. Då gjordes en röntgenundersökning som visade en förändring bakom ögat. Senare visade det sig vara en orbitatumör som opererades bort efter ytterligare ett halvår. Synen på vänster öga gick inte att rädda.

Patienten har anmält ögonläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för att ha brustit i utredningen av hans synförsämring. Bland annat är han kri-

tisk till att inte ha blivit remitterad till röntgenundersökning i ett tidigare skede.

Ögonläkaren bestrider att hon handlat felaktigt och skriver att hon inte haft med den aktuella sjukdomen att göra utan handlagt patienten på grund av andra symtom och annan diagnos.

HSAN skriver att genom att inte följa upp eller utreda synnedsättningen vidare med till exempel synfältsprovning, färgsinnesprovning och/eller neurologisk utredning har ögonläkaren brustit i omsorg om patienten på ett sätt som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt HSN ledde bristerna i handläggningen till försenad diagnostik av orbitatumören. Ögonläkaren får en erinran. ■

Fel att låsa sig vid psykogen orsak utan att ha uteslutit

Att direkt anta att en synnedsättning är psykogen då ögonstatus i övrigt är normalt är att dra en förhastad slutsats. Först måste tumörsjukdom och neurologisk dito uteslutas. (HSAN 3454/08)

En 16-årig flicka hade under 2006 kontakt med ögonläkare A och ortoptist vid fyra tillfällen med anledning av nedsatt syn. Närsyntheten bedömdes ha psyko-

gena orsaker. Ingen ytterligare åtgärd sattes in. Vid återbesök hos ortoptisten och ögonläkaren under våren 2007 konstaterades den binokulära synskärpan vara 0,5 men med normalt ögonstatus. Flickan avråddes från övningskörning, men i övrigt vidtogs ingen åtgärd förutom återbesök till hösten. När synskärpan då prövades var den endast 0,2 i vardera ögat och binokulärt. Ett åter-

besök sattes upp om ytterligare ett halvår. I början av 2008 fick flickan dock kontakt med en ögonläkare B, som remitterade henne för vidare utredning. I april 2008 konstaterades diagnosen Stargardts sjukdom.

Flickan har genom sin mamma anmält ögonläkare A och ortoptisten till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för att

Grundligare utredning kunde förhindrat blindhet

Dubbelseende och synfältsförlust är exempel på alarmerande symtom för diagnosen temporalisarterit. Den diagnosen ska emellertid alltid misstänkas hos gamla människor med kraftig synnedsättning även utan förklarande fynd i ögonstatus. (HSAN 2730/08)

En kvinna i åttioårsåldern sökte ögonklinik akut för en kraftig synnedsättning på vänster öga. Patienten uppgav också synfältsbortfall på samma öga samt dubbelseende. Hon undersöktes av en ST-läkare som förutom en förmodad glaskroppsavlossning inte kunde hitta några förklaringar till patientens symtom. ST-läkaren konsulterade också en ögonläkare eftersom hon tyckte att kvinnans synskärpa var i sämsta laget för att kunna förklaras av det stora glaskroppsmembran som flotterade framför centrala ögonbotten. ST-läkaren och ögonläkaren kom fram till att titta på patienten igen om fyra veckor då glaskroppssocket borde ha sjunkit undan.

Patienten återkom dock på eget initiativ redan en knapp vecka senare då även höger ögas syn försämrats. Dessutom hade hon noterat tjocka ådror vid tinningarna, tuggsmärta och allmän trötthet. Hon fick då träffa en annan läkare, som ställde diagnosen temporalisarterit. Trots att behandling sattes in kunde synen inte räddas.

Patienten har anmält ST-läkaren och ögonläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för fel i vården. Via maken skriver hon att livet blivit ödelagt och ålderdomen nu är förstörd på grund av den förlorade synen, som hon menar kunde ha rättats om rätt diagnos ställts redan från början.

ST-läkaren beklagar det inträffade

men bestrider i sitt yttrande att det som inträffat skulle berott på slarv eller bristande kunskap. I stället menar hon att patientens haft ett atypiskt insjukningsmönster. HSAN skriver i sin bedömning att diagnosen temporalisarterit alltid måste misstänkas vid oförklarad kraftig synnedsättning hos äldre, även då dess välkända symtom inte kan påvisas. Ögonmuskeltörning och synfältsförlust borde dock enligt HSAN fört tankarna just till den diagnosen. Trots dessa alarmerande symtom prövades inte eller dokumenterades inte ögonmuskelfunktionerna eller synfältet, något som borde gjorts. ST-läkaren konsulterade dock den mer erfarna ögonläkaren, varför HSAN inte anser att hon bör beläggas med någon påföljd.

Ögonläkaren motsätter sig också de anmärkningar som riktas mot honom i anmälan. Han skriver i sitt yttrande att han tyckte att glaskroppsgrumlingen kunde vara en rimlig förklaring till patientens synnedsättning. De anamnestiska uppgifter som presenterades för honom ingav ingen misstanke om temporalisarterit, och han försäkrade sig om att ST-läkaren uteslutit andra orsaker till synnedsättning, till exempel trombos.

HSAN anser dock att ögonläkaren borde inte nöjt sig med att utifrån ST-läkarens muntliga redovisning göra en bedömning. Utifrån de uppgivna symtomen borde han själv ha undersökt patienten innan sjukdomsbilden förklarades med den konstaterade glaskroppsavlossningen. HSAN skriver att med rätt diagnostik och omedelbar behandling hade patientens blindhet sannolikt kunnat förhindras. Ögonläkaren får en varning. ■

Hastig synförsämring ska utredas snabbt

Trots att ögonläkaren träffade patienten vid två tillfällen inom loppet av åtta dagar med klar försämring av både synskärpa och näthinnestatus gjorde han inget för att påskynda ytterligare utredning. (HSAN 3081/08)

En kvinna i 40-årsåldern sökte ögonläkare för förändringar i det perifera synfältet i vänster öga. Synskärpan var då inte påtagligt nedsatt, men det fanns en synstörning med fläckförmimelse och en näthinneförändring.

Ögonläkaren satte upp patienten för OCT-röntgen men gav henne i övrigt lugnande besked. Redan innan röntgenutredningen genomförts, endast en dryg vecka senare, återkom dock patienten med ytterligare försämrade synskärpa och försämrade näthinnestatus.

Ögonläkaren ordinerade nu kontrastfotograferingen »inom 2–3 veckor«.

Även denna gång hann patienten söka på nytt, på grund av försämring, innan någon ytterligare undersökning skett.

Denna gång sökte hon emellertid en annan läkare, genom vars försorg kontrastfotograferingen till slut genomfördes. Det kunde konstateras att patienten drabbats av våt makuladegeneration.

Patienten har anmält ögonläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Hon hävdar att hennes bestående synnedsättning beror på att ögonläkaren ignorerade hennes tydliga symtom och därmed fördröjde såväl diagnos som behandling.

Ögonläkaren bestrider att han har handlat felaktigt. Han menar att handläggningen är skött lege artis och att utredningen gått i den hastighet som ofentlig vård kan erbjuda.

HSAN skriver i sin bedömning att ögonläkaren efter patientens andra besök borde ha skyndat på den fortsatta utredningen med den planerade OCT-undersökningen. Ansvarsnämnden ger ögonläkaren en erinran. ■

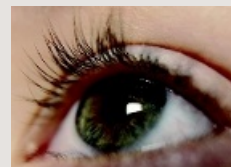


Foto: Scampix

somatisk diagnos

inte ha upptäckt sjukdomen i tid. Enligt modern har flickan med anledning av den sena diagnosen förlorat möjligheten till extra stöd i skolan. Flickan har valt en hantverksutbildning på gymnasiet, och det hade hon inte gjort om hon redan tidigare hade förstått att synen inte skulle komma tillbaka.

Ögonläkare A och ortoptisten godtar de anmärkningar som riktats mot dem.

HSAN skriver i sin bedömning att en synnedsättning som inte kan förklaras av ögonförändringar alltid måste utredas med misstanke om neurologisk sjukdom eller tumörsjukdom. I det här fallet har ögonläkare A och ortoptisten till att börja med noterat en subjektiv synförsämring men inte funnit några andra tecken på ögonsjukdom. Ingen ytterligare utredning av synfunktionerna

gjordes, utan de antog att synnedsättningen var psykogen. De höll också fast vid sin diagnos hela tiden. En psykogen orsak till synnedsättning kan enligt HSAN förmodas först sedan man uteslutit tumörsjukdom eller neurologisk dito. Ögonläkare A och ortoptisten har begått fel som lett till en avsevärd fördröjning av den korrekta diagnosen och får därför varsin varning av HSAN. ■