

Diagnos och behandling blev fördröjda i åtta månader

Temporalarterit gav en bestående grav synnedläggelse på båda ögonen

Efter fem läkare och åtta månader fick patienten rätt diagnos, temporalarterit. Han drabbades under denna tid av en grav bestående synnedläggelse på båda ögonen. En doktor och en ögonläkare fällt. (HSAN 3263/05)

Den 79-årige mannen sökte i slutet av september 2004 akut på sjukhus med svår huvudvärk sedan elva dagar och smärta i tuggmusklerna. Besvären bedömdes som spänningshuvudvärk.

Den 5 oktober var han sämre och sökte på nytt. Han undersöktes av doktorn, som remitterade honom för DT-undersökning av bihålorna och hjärnan. Undersökningen var utan anmärkning. Patienten var öm vid beröring av hjässan. Hans njurfunktion var normal, liksom vätskebalansen och CRP. Han fick gå hem.

Svart fläck framför höger öga

En kopia av journalen skickades till patientens familjeläkare för uppföljning. Vid besök hos henne den 1 mars 2005 besvärades patienten inte längre av huvudvärk men av en svart fläck framför höger öga. Familjeläkaren kontaktade ögonläkaren, som akut undersökte patienten. Ögonläkaren konstaterade att synnedläggelsen inträffat för flera veckor sedan och nu inte kunde åtgärdas.

Den 31 maj 2005 sökte patienten på nytt akut hos ögonläkaren, som konstaterade att det förelåg en arteriell cirkulationsstörning i vänster öga och förutsatte att det rörde sig om en tromboembolisk sjukdom.

Svår bestående synnedläggelse

En vecka senare sökte patienten på nytt. Av en annan läkare fick han kortisonbehandling på misstanke om temporalarterit. Diagnosen bekräftades med biopsi samma dag. Patienten hade då fått en bestående svår synnedläggelse på båda ögonen.

Han anmälde doktorn, familjeläkaren och ögonläkaren. Ansvarsnämnden läste patientjournalerna och Socialstyrelsens beslut den 12 december 2005 i ärende avseende anmälan enligt Lex Maria om behandlingen av patienten. Nämnden har hämtat in yttrande av de anmälda som bestred att de gjort fel.

Doktorn berättade att patienten be-

sökte jourläkarcentralen den 29 september 2004 och en AT-läkare bedömde hans uppgivna symtom som spänningshuvudvärk och ordinerade Diklofenak.

Den 5 oktober återkom patienten till jourcentralen. Laboratoriesvaren för Hb, CRP, glukos, natrium/kalium samt kreatinin låg samtliga inom normalt referensområde.

Doktorn kom överens med patienten om att sända journalkopior till familjeläkaren för uppföljning om besvären fortsatte eftersom akutbesöket är mer begränsat. Han uppmanade naturligtvis patienten att söka akut vid försämring samt föreslog att han skulle låta kontrollera synen som möjlig orsak till huvudvärken. Men patienten förnekade synpåverkan. På telefon nästa dag uppgav patienten att besvären lindrats något. Sedan hade de inte haft någon kontakt.

Familjeläkaren berättade att hon fått rapport om att patienten hade sökt för huvudvärk och att olika undersökningar hade utförts. Hon såg ingen anledning att ordna nya undersökningar eller provtagningar. När patienten senare kom till henne på sedvanlig kontroll, berättade han att han fått nedsatt syn. Familjeläkaren kontaktade då ögonläkaren.

Ögonläkaren berättade att den 1 mars 2005 ringde familjeläkaren om en patient som inte var känd hos henne tidigare. Han hade sedan flera veckor tillbaka en starkt nedsatt syn på höger öga. Enligt remissen hade han pacemaker. Sju månader tidigare hade han utretts för huvudvärk med bland annat skiktröntgen av skallen men var nu besvärsfri.

Kunde vara livshotande

Han fick komma akut och hade en inte helt färsk central artäroklusion på höger öga. Han angav inga allmänsymtom och ansåg själv att huvudvärksepisoden var överspelad. Eftersom han använt Trombyl tidigare utan några komplikationer fick han ett engångsrecept på Trombyl 75 mg x 1.

Journalkopia gick som remissvar till

inremitterande läkare för sedvanlig utredning av eventuell embolikälla samt ställningstagande till fortsatt medicinering.

Den 31 maj ringde patientens hustru och meddelade att mannens syn hade försämrats även på andra ögat. Patienten fick en akuttid. Han hade då arteriella kärlocklusioner även på andra ögat. Han hade inte varit i kontakt med familjeläkaren och Trombyltablettorna var slut. Han förnekade huvudvärk samt andra symtom på stroke. Det dominerande besväret var tryckkänsla i bröstet med utstrålning i armarna senaste dygnet.

Ögonläkaren bedömde att symtomen berodde på utkast av proppar från okänd lokal och att tillståndet kunde vara livshotande. Hon överremitterade därför patienten till akutmottagningen och han blev inlagd på medicinkliniken.

Det förelåg vid hennes kontakter med patienten inga allmänsymtom som kunde föra tankarna till en temporalarterit, hävdade ögonläkaren. Det är orimligt att begära att den tidigare huvudvärksepisoden skulle vägas in i bedömningen när ögonsymtomen normalt infinner sig några veckor efter sjukdomsdebuten och det i detta fall dröjde sju månader. Hon ansåg sig ha goda skäl att förmoda att denna hjärtsjuka patient led av en tromboembolisk sjukdom.

Bör leda tanken till temporalarterit

Socialstyrelsen konstaterade att diagnos och behandling blev fördröjda i cirka åtta månader. Patienten fick under denna tid en bestående grav synnedläggelse på båda ögonen.

Vid temporalarterit föreligger en ospecifik inflammation av vissa artärer, framför allt tinningartären. Diagnosen är svår att ställa eftersom symtomen ofta är ospecifika med trötthet, viktnedgång och måttlig feber. Förhöjd SR/CRP förekommer vanligen. Så småningom tillkommer huvudvärk, som kan vara halvsidig. Ömhet över tuggmuskulaturen och hjässan är symtom som bör leda tanken

»På grund av att blodkärlet till ögat kan vara inflammerat kan plötslig synförlust uppkomma. Denna svåra komplikation kan förhindras genom behandling med kortison i hög dos.«

till denna diagnos. På grund av att blodkärlen till ögat kan vara inflammerade kan plötslig synförlust uppkomma. Denna svåra komplikation kan förhindras genom behandling med kortison i hög dos.

Patienten blev först undersökt av en AT-läkare, som inte rådfrågade någon mer erfaren kollega innan han gjorde sin bedömning.

Socialstyrelsen framhöll vikten av att AT-läkare ges adekvat handledning och uppmuntras att i oklara fall frikostigt rådfråga mer erfarna kolleger.

Ansvarsnämnden pekar på att temporalarterit är en vanligtvis behandlingsbar sjukdom vars värsta manifestation är

synförlust. Vid tillståndet förekommer det att CRP är normalt.

Vid besöket hos doktorn i oktober 2004 hade patienten en kraftig huvudvärk av ytligt slag med ömhet över hjässan och ont i tuggmusklerna. Symtomen borde ha lett henne att misstänka temporalarterit som orsak till besvären. Hon får en erinran.

När patienten den 1 mars 2005 sökte hos familjeläkaren för synbesvär ombesörjde hon att han akut undersöktes av ögonläkaren samma dag. Han undersöktes också akut av ögonläkaren den 31 maj.

Vid det första besöket konstaterade hon att han hade synnedsättning som

inte var behandlingsbar. Vid det andra besöket konstaterade hon att tillståndet rörde sig om en tromboembolisk sjukdom. Stöd för den diagnosen saknas i dokumentationen.

Vid det första besöket noterade ögonläkaren en mycket summarisk sjukhistoria i journalen. Hon penetrerade inte anamnesen beträffande andra symtom på temporalarterit såsom huvudvärk och tuggsmärtor, som tidigare påtagligt besvärat patienten. Inte heller vid det andra akutbesöket övervägde hon diagnosen. Även hon får en erinran.

Däremot finns det inte stöd för att kritisera familjeläkaren.

Symtomen talade mycket tydligt för en hotande stroke – inte för glaukom

Ögonläkaren bedömde att patienten hade glaukom. Ansvarsnämnden menar däremot att symtomen, genom transitoriska ischemiska attacker, mycket tydligt talade för en hotande stroke. (HSAN 1804/06)

Den 71-årige mannen sökte den 10 mars 2006 hos ögonläkaren på grund av synbortfall på höger öga vid fyra tillfällen sedan i januari.

Tillståndet bedömdes som glaukom och han fick droppar Timosan. Vid återbesök den 7 april byttes Timosan mot droppar Lumigan. Den 9 april sökte han akut vid ett länssjukhus på grund av vänstersidig svaghet. Han blev inlagd och en utredning visade hjärninfarkt.

Patienten anmälde ögonläkaren.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalerna och yttrande av ögonläkaren.

Denne hävdade att han vid patientens första besök den 10 mars naturligtvis gjort honom uppmärksam på att han borde söka sin husläkare på grund av amaurosis fugax. Informationsmängden hade kanske varit för stor och uppmärksamheten riktad åt fel håll.

Ögontrycket mättes med elektronisk tonopen, som han kontrollerar varje dag före första mätning, uppgav ögonläkaren.

Varje mätning är ett medelvärde av 4 mätningar och vid detta tillfälle gjordes 4 extra mätningar på höger öga. Vid första mätningen var värdet 25 mm Hg, vid andra mätningen 23 mm. Där var också tydlig papillekkavation och han ordinerade minsta möjliga antiglaukomterapi, in casu Timosan.

Tyvärr hade Timosan ingen trycksänkande effekt, varför han vid patientens

återbesök, innan det skulle köpas supplerande droppar, seponerade Timosan och ordinerade Lumigan.

Att ögontrycket vid besök hos ögonläkare på sjukhuset var normalt kunde bero på att patienten då hade tagit Lumigan, som sänker trycket mycket effektivt men har fler och andra biverkningar än Timosan.

Talade tydligt för TIA

Ansvarsnämnden menar att de symtom som patienten sökte för hos ögonläkaren inte är förenliga med glaukom. De talade mycket tydligt – genom transitoriska ischemiska attacker (TIA) – för en hotande stroke. Ögonläkaren borde ha remitterat patienten till sjukhus för kardiovaskulär utredning. Han borde också i journalen ha antecknat sitt råd att kontakta husläkaren. Han får en erinran.

Opererade in linsprotes med fel styrka

»Vanliga misstag som kataraktkirurger gör borde kunna förhindras«

Tjockare stil på de olika linsernas namn på biometripapper, separata papper för främre kammarlinser och »vanliga« bakre kammarlinser samt olika färger på biometripapper för höger och vänster öga borde kunna förhindra vanliga misstag som kataraktkirurger gör och som ofta inte anmäls. Det hävdar en kataraktkirurg som fälls för att ha opererat in en lins med fel styrka. (HSAN 1126/06)

Den 69-åriga kvinnan genomgick den 21 mars 2006 en operation av grå starr. En linsprotes av felaktig styrka användes vid operationen, vilket ledde till avsevärda svårigheter för henne.

Kvinnan anmälde kirurgen. Operationen är i sig nog smärtsam och obehaglig, varför man inte gärna vill göra om den, påpekade hon bland annat.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av kirurgen,

som bestred att han gjort fel. Han träffade patienten för första gången på operationsdagen. Dagen var stressig och patienten hade en hel del frågor avseende sin operation, berättade han.

Han valde att operera in en Technis-lins i ögat för att ge patienten så bra kontrastseende som möjligt.

Han valde styrka 18,0 dioptrier på linsen för att åstadkomma emmetropi, fullgod syn på avstånd utan glasögon. Pati-

enten hade tidigare glas med styrka +1,25 dioptrier på båda ögonen. Operationen löpte helt komplikationsfritt.

Vid kontrollen nästa dag upplevde patienten sin syn som god. När patienten lämnat rummet fyllde kirurgen i resterande data i datajournalen och upptäckte då att hon hade blivit betydligt mer hyperop, ca 3 dioptrier, än vad han hade önskat.

»Blev distraherad«

Han gick igenom samtliga papper och upptäckte att han valt »rätt« styrka fast på fel lins. Styrkan 18,0 dioptrier skulle ha givit fullgod syn utan glasögon om han opererat in en främre kammarlins, som de enbart använder i undantagsfall. Denna lins finns på biometripapperen precis till höger om Technis-linsen.

Kirurgen försökte få tag på patienten

samma dag utan att lyckas men talade direkt med verksamhetschefen om en avvikelserapport samt att hon skulle kontakta chefläkaren angående om de skulle gå vidare med en Lex-Maria anmälan.

»Eftersom han tror på öppenhet vid avvikelser rapporterade han sitt misstag så fort som möjligt till patienten samt till verksamhetschefen ... för att det är viktigt att vara öppen mot patienterna samt för att man skall kunna rätta till systemfel och förhindra att liknande misstag sker i framtiden.«

Han ringde patienten dagen efter och talade om att han begått ett misstag och opererat in en för svag lins samt vilka alternativ som fanns.

I efterhand förstod han att han måste ha blivit distraherad av något när han valde ut linsstyrkan.

»Tror på öppenhet«

Han hänvisade till att han är en erfaren kirurg med ca 5 000 gråstarrsoperationer utan att något sådant inträffat tidigare.

Eftersom han tror på öppenhet vid avvikelser rapporterade han sitt misstag så fort som möjligt till patienten samt till verksamhetschefen.

Det gjorde han för att det är viktigt att vara öppen mot patienterna samt för att man skall kunna rätta till systemfel och förhindra att liknande misstag sker i framtiden, menade kirurgen, som också gav recept på hur detta kan göras.

Borde kunna förhindra vanliga misstag

En tjockare stil på de olika linsernas namn på biometripapper, separata papper för främre kammarlins och »vanliga« bakre kammarlins samt olika färger på biometripapper för höger respektive vänster öga borde kunna förhindra vanliga misstag som kataraktkirurger gör och som ofta inte anmäls, framhöll han.

Han beklagade sitt misstag men bestred att han slarvat.

Han hoppades att de inom sjukvården kan lära av det som skett, och att den utredning som görs efter anmälan enligt Lex-Maria skall kunna visa på förbättringar som kan göras så att detta inte behöver upprepas.

Ansvarsnämnden slår fast att kirurgen har kommit att välja en linsprotos av felaktig styrka. Han är ensam ansvarig för felgreppet och får en erinran.

»Gardin« i synfältet berodde på näthinneavlossning

»Att kontrollera synskärpan hos en patient med de symtomen är ett minimikrav«

Trots att patienten kom med en skugga i synfältet, som en gardin, kontrollerade inte distriktsläkaren hennes syn. (HSAN 1116/05)

Den 47-åriga kvinnan sökte primärvårdsjouren den 2 juli med symtom från höger öga i form av en skugga, som en gardin, sedan ett par dagar.

Misstänkte glaskroppsavlossning

Distriktsläkaren misstänkte att det rörde sig om en glaskroppsavlossning. Han remitterade henne till ögonmottagning och uppmanade henne att söka igen om hon blev sämre.

Tre dagar senare sökte patienten vård på nytt och kontakt togs med ögonkliniken. Den 6 juli konstaterades näthinneavlossning och hon opererades.

Patienten anmälde distriktsläkaren. Hon sökte honom sedan hon först varit i kontakt med sjukvårdsupplysningen och sin optiker. Båda hade sagt att det kunde röra sig om en näthinneavlossning. I så

fall skulle hon behöva opereras omedelbart.

Hon talade om detta för distriktsläkaren. Denne skrev remiss till ögonmottagningen sedan han ställt helt fel diagnos.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av distriktsläkaren. Denne berättade att patienten sökte för att hon upptäckt en skugga i synfältet i höger öga, som en gardin. Hon hade ingen värk.

Han misstänkte att det kunde vara en glaskroppsavlossning, varför han genast dikterade en remiss till ögonkliniken och uppmanade patienten att söka akut vid synförsämring.

Remissen skickades inte som tänkt

Remissen skickades inte iväg som man tänkt sig, delvis på grund av att sekretärerna inte var tillräckligt många på journalcentralen under helgen och delvis på grund av att han uppfattade det hela som en glaskroppsavlossning. Då hade han uppfattat att det räcker med en akut re-

miss som skickas till ögonkliniken för närmare bedömning och eventuella åtgärder.

Patienten sökte själv tre dagar senare akutmottagningen igen med synnedläggning. Då fick hon en remiss i handen till ögonkliniken, där det verifierades att hon hade en temporal näthinneavlossning. Hon opererades med fint postoperativt status, uppgav distriktsläkaren.

Ett minimikrav

Ansvarsnämnden slår fast att anamnesen med en skugga i synfältet som en gardin borde ha lett distriktsläkaren till att överväga möjligheten att patienten hade näthinneavlossning. Det finns en uppgift om synnedläggning och trots detta är inget visus kontrollerat. Distriktsläkarens diagnos är satt utan stöd i anamnes och status.

Att kontrollera synskärpan hos en patient som söker vård för de symtom som patienten hade är ett minimikrav.

Distriktsläkaren får en varning.