

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning
af
nævnets praksis
vedrørende

Klager inden for øjensygdomme

2001-2005

December 2005

Fuldmægtig, cand.jur., Henrik Kristensen
Fuldmægtig, cand.jur., Nina Schultz-Lorentzen
Fuldmægtig, ba.jur., Samra Asghar Sikandar
Fuldmægtig, ba.jur., Klaus Toftgaard



Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

Sammenfatninger af nævnets praksis:

- **Aktindsigt. 1998-2001. November 2002**
- **Tandlæger. 1998-2001. November 2002**
- **Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002**
- **Psykologer. 1998-2002. Januar 2003**
- **Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003**
- **Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003**
- **Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003**
- **Psykiatriske ankesager. 1997-2002. September 2003**
- **Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003**
- **Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2000**
- **Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004**
- **Klager i forbindelse med udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004**
- **Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004**
- **Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004**

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside www.pkn.dk under nyhedsbreve og publikationer

Forord

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager inden for øjensygdomme.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside www.pkn.dk og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til pkn@pkn.dk.

Peter Bak Mortensen
dir.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	5
2. RETSREGLER	5
3. KLAGER I FORBINDELSE MED NETHINDELØSNING	6
3.1 Generelt om nethindeløsning	6
3.2 Konkrete sager i forbindelse med nethindeløsning	8
3.2.1 Klager i forbindelse med diagnosticering af nethindeløsning	8
3.2.2 Klager i forbindelse med behandling af nethindeløsning	36
4. KLAGER I FORBINDELSE MED GRÅ STÆR	38
4.1. Generelt vedrørende grå stær	38
4.2. Konkrete sager i forbindelse med grå stær	39
4.2.1. Klager i forbindelse med diagnosticering af grå stær og information om behandling. ...	39
4.2.2. Klager i forbindelse med operation og information om operation for grå stær	42
4.2.3. Klager i forbindelse med behandling og information efter operation	60
5. KLAGER I FORBINDELSE MED GRØN STÆR	64
5.1 Generelt om grøn stær	64
5.2 Konkrete sager i forbindelse med grøn stær	66
5.2.1 Klager i forbindelse med diagnostik af grøn stær	66
5.2.2 Klager i forbindelse med behandling af grøn stær	71
6. KLAGER I FORBINDELSE MED BRUG AF MEDHJÆLP	75
6.1 Generelt om brug af medhjælp	75
6.2 Konkrete sager i forbindelse med brug af medhjælp	75
7. MEDICINSKE FAGUDTRYK	78
8. ILLUSTRATION AF ØJETS OPBYGNING	84
9. SAGSOVERSIGT	85

1. INDLEDNING

Dette er en sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i forbindelse klager over følgende i øjensygdomme: nethindeløsning, grå stær og grøn stær, omfattende 36 afgørelser, truffet i perioden 2001 til 2004.

Sammenfatningen består af 6 kapitler. I *kapitel 2* omtales de relevante retsregler, og i *kapitel 3* gennemgås de sager, der vedrører klager over nethindeløsning. I *kapitel 4* beskrives nævnets praksis vedr. klager i forbindelse med grå stær, i *kapitel 5* klager over behandling af grøn stær og i *kapitel 6* klager i forbindelse med brug af medhjælp.

I hvert kapitel refereres et antal afgørelser, der belyser nævnets praksis på det pågældende område. I den elektroniske udgave af praksissammenfatningen på nævnets hjemmeside www.pkn.dk er der links til de anonymiserede afgørelser. Det er således muligt at læse afgørelserne i deres hele længde.

Sammenfatningen vil blive opdateret med ny praksis efter behov.

2. RETSREGLER

Lægefaglig behandling bedømmes efter lægelovens § 6 (lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001 om udøvelse af lægegerning med senere ændringer). Ifølge denne bestemmelse er en læge under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed.

En læge må som udgangspunkt ikke indlede en behandling uden patientens informerede samtykke. Reglerne om information og samtykke fremgår af lov om patienters retsstillings kapitel 2 (lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling med senere ændringer, Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger m.v. samt vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.). Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra lægens side. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

3. KLAGER I FORBINDELSE MED NETHINDELØSNING

3.1 Generelt om nethindeløsning

Nethindeløsning hedder på lægelatin *amotio retinae*. Det er en synstruende tilstand, hvor øjets biologiske ”film” – *retina* – løsner sig fra indersiden af øjet. Nethinden er en uhyre kompleks struktur med millioner af nerveceller forbundet i et sindrigt mønster, hvis opgave er at opfange og transmittere lysimpulser via synsnerven bagud til hjernens synscenter. Nethinden er tynd; max. 1 mm tyk centralt, perifert kun 0,2 mm. Den ernæres for en stor del af et ydre cellelag, som kaldes pigmentepithelet, der, som navnet antyder, indeholder et mørkt farvestoflag, som skal ”slukke” lyset, når det har passeret nethinden og er blevet opfanget af fotocellerne. Når nethinden går løs, sker der oftest en separation imellem nervecellelaget og pigmentepithelet.

Under normale forhold støttes og beskyttes nethinden af glaslegemet (*corpus vitreum*), der udfylder det meste af det indre øjes volumen. Denne geleagtige substans kan hos mange mennesker trække sig sammen som led i ændringer i den indre molekylstruktur – glaslegemesammenfald. Herved kan der opstå et pludseligt, lokalt træk på nethinden, som ofte opleves som et kraftigt lysglimt, og der kan opstå en rift i nethinden. Patienten bemærker ofte ”en myggesværm for øjet” pga. frigjort pigment eller blod ud i glaslegemet. Nethinderiften resulterer i ophobning af væske under nethinden, som derved begynder at krølle af fra periferien og bagud mod synscentrum – den gule plet (*macula lutea*). Under denne proces kan patienten bemærke en skygge (et gardin) i synsfeltet, der gradvis bliver større. Der er ingen smerter. Breder afløsningen sig ind under den gule plet, mistes læsesynet. Det er derfor afgørende for et godt behandlingsresultat, at nethindeløsningen diagnosticeres og behandles så hurtigt som muligt, dvs. indenfor få dage, så man undgår afløsning af centrum. Har den gule plet været afløst, kan man ikke genskabe normal synsstyrke på øjet, selvom det lykkes at operere nethinden på plads igen. Et andet problem er, at den afløste nethinde efter 1 – 2 uger begynder at skrumpe og stivne. I så fald er mulighederne for at bringe den på plads på øjets inderside væsentligt dårligere.

Alle mennesker har en vis risiko for i løbet af et langt liv at få en nethindeløsning. Den gennemsnitlige forekomst er 10 / 100.000 danskere / år. Men nogle er mere udsatte (disponerede) end andre. Det gælder nærsynede, som har tyndere nethinder, og diabetikere med nethindekomplikationer (glaslegemeblødninger). Endvidere disponerer visse typer øjenkirurgiske indgreb til nethindeløsning, f.eks. en kompliceret grå stær operation med tab af noget af glaslegemet. Traumer i form af slag eller perforerende læsion af øjenæblet er forbundet med en meget høj risiko for nethindeløsning. Endelig kan nethindeløsning ses hos for tidligt fødte og hos børn eller unge med svære sjældne medfødte nethindelidelser.

Patienten henvender sig ofte til øjenlægen eller vagtlægen med symptomer som lysglimt, ”spindelvæv”, ”fluer”, en skygge eller andre fænomener i synsfeltet, evt. en forhistorie med et slag mod hovedet / øjet. Dette bør foranledige udvidelse af pupillen med øjendråber og inspektion af nethinden med et oftalmoskop eller et særligt kontaktlinseglass (et tre-spejl). Kontaktlinsen tillader inspektion af den perifere nethinde, hvor sygdommen oftest begynder. Synsfeltundersøgelse bør udføres manuelt eller med et synsfeltapparat. Måling af øjets tryk vil ofte vise en lavere værdi i det syge øje i forhold til det raske. Er der blod i glaslegemet eller uklar linse/hornhinde, kan man ikke direkte se ind i øjet. Her er en ultralydsundersøgelse obligatorisk. Patienter med påvist eller mistænkt nethinderift eller nethindeløsning skal straks henvises til en øjenafdeling med operationsberedskab.

En nethinderift uden afløsning kan laserbehandles, idet man med punktformede brændinger ”svejer” nethinden fast i området. En fuldt udviklet nethindeløsning kræver altid operation, som kan udføres både i lokal og fuld anæstesi. Eftersom nethinden er uhyre tynd og skrøbelig, er man nødt til at operere med indirekte metoder uden at berøre nethinden direkte. Man kan operere udefra eller indefra og kombinere de to teknikker. Ved ekstern operation bringer man nethinden i kontakt med øjets væg ved at trykke øjeæblet ind med en silikoneplombe efter at have tappet noget af væsken af øjet. Intern operation udføres som en glaslegemefjernelse (*vitrectomi*) med indhældning af diverse viskøse væsker og / eller gas. Hvilken teknik der skal anvendes afhænger helt og holdent af de præ-operative fund og årsagen til nethindeløsningen. Ved en førstegangsoperation for nethindeløsning på basis af en rift er succesraten cirka 65 %, dvs. i cirka 1/3 af tilfældene falder nethinden af igen, og en ny operation er nødvendig. Dette kan ske flere år efter den første operation. Visse patienter oplever at blive opereret helt op til syv gange for nethindeløsning. Efter en nethindeoperation er der en del smerter, og synet er flere uger om at blive nogenlunde normalt. Patienten skal være sygemeldt fra sit arbejde og må ikke dyrke visse former for motion i mindst en måned efter.

Efter operation for nethindeløsning kan øjet blive nærsynet for så vidt angår plombebehandling. Det korrigeres med briller. Rynker i nethinden kan give generende synsforstyrrelser. Trykstigning i øjet de første døgn efter operationen er ikke sjældent og kræver behandling, i nogle tilfælde re-operation. Dette problem ses især med gas i øjet, som ekspanderer. Luftbobler i øjet medfører forbud mod flyrejser (og dykning), indtil de er gået helt væk (absorberes). Efterkontrol kan foregå i afdelingen, som har opereret, eller hos den praktiserende øjenlæge, afhængigt af hvad der er aftalt lokalt.

3.2 Konkrete sager i forbindelse med nethindeløsning

3.2.1 Klager i forbindelse med diagnosticering af nethindeløsning

I det følgende redegøres for 18 sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende udredning for nethindeløsning. Nævnet fandt grundlag for kritik i 7 af sagerne.

Sager med kritik

Sag 1 Klage over at øjenlæge foretog utilstrækkelig undersøgelse for nethindeløsning (0126921P)

En 36-årig kvinde blev den 29. maj 2000 henvist til undersøgelse hos en øjenlæge efter at have konstateret en skygge opadtil i venstre synsfelt og tiltagende lysoverfølsomhed. Ved en undersøgelse af øjnenes baggrund (oftalmoskopi) fandt øjenlægen intet abnormt og ordinerede Kloramfenikol øjendråber, der imidlertid ikke bedrede symptomerne. Patientens tilstand blev derimod forværret, idet synsfeltet på venstre øje blev indskrænket med et stort gråt område opadtil i venstre synsfelt. Desuden var der synsforstyrrelser, således at lige linjer kom til at bue.

Den 6. juni 2000 fandt øjenlægen ved en undersøgelse af øjenbaggrunden på venstre side en dårlig lysrefleks og en smule pigmentforskydninger i centrum, men ingen nethindeløsning. På grund af mistanke om betændelse i nethinden henviste øjenlægen patienten til et sygehus, hvor der efterfølgende blev konstateret en nethindeløsning på venstre øje, for hvilken patienten blev opereret den 29. juni 2000.

Der blev klaget over, at øjenlægen ved konsultationen den 29. maj 2000 ikke foretog en grundig undersøgelse af patientens øjne.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægens behandling.

Nævnet oplyste, at lysglimtsfornemmelse for øjet i langt størstedelen af tilfældene (83 %) er udløst af en løsning af glaslegemet fra nethinden (bage hyaloid-løsning). I forløbet af en sådan glaslegemeafløsning kan glaslegemehinden trække et hul i nethinden, hvorved væske kan trænge ind under denne og i løbet af få dage eller uger frembringe en synstruende nethindeløsning (amotio retinae). Nævnet kunne endvidere oplyse, at tiltagende skyggefornemmelse i synsfeltet i løbet af få dage er helt karakteristisk for en nethindeløsning i fremmarch.

Nævnet fandt på den baggrund, at øjenlægen den 29. maj 2000 burde have iværksat en grundigere undersøgelse af patienten, og at han burde have diagnosticeret, at der var tale om nethindeløsning på venstre øje.

Nævnet bemærkede, at øjenlægen på grund af de buede linier, som patienten beskrev midt i sit synsfelt, og som øjenlægen konstaterede ved undersøgelsen med et amslerkort, fik mistanke om en væskeansamling i nethindens centrale område (central serøs retinopati).

Nævnet kunne i den forbindelse oplyse, at buede linier imidlertid også ses ved begyndende afløsning af nethindens centrale område, den såkaldt gule plet (macula lutea), i forløbet af en nethindeløsning, og dette er her et alarmsignal om, at læsesynet er truet.

Det var nævnets opfattelse, at de buede linier ved undersøgelsen med amslerkort i forlængelse af patientens forudgående specifikke synsforstyrrelser burde have fået øjenlægen til at undersøge, om der kunne være tale om nethindeløsning.

Det var videre nævnets opfattelse, at de symptomer, som patienten havde, var så karakteristiske for nethindeløsning, at øjenlægen foruden en betragtning af nethinden (oftalmoskopi) med en stærk samlelinse burde have suppleret øjenundersøgelsen med en oftalmoskopi med speciel spejl-kontaktlinse, det såkaldte Goldmanns 3.-spejl, da man kun med denne type linse kan se de mest perifere dele af nethinden, hvor en nethindeløsning begynder.

Sag 2 Klage over at øjenlæge overså tegn på nethindeløsning ([0230910A](#))

En 21-årig kvinde konsulterede i april 2001 en øjenlæge på grund af et sløret syn. Øjenlægen konstaterede efter en nærmere undersøgelse, at der var tale om hornhindebetændelse, hvilket patienten også tidligere var blevet behandlet for. I maj 2001 henvendte patienten sig atter hos øjenlægen på grund af et fortsat sløret syn, specielt om aftenen. Øjenlægen fandt en forværring i en bygningsfejl, men fandt ingen tegn på nethindeløsning, hvorfor øjenlægen ikke undersøgte specifikt for dette. Patienten henvendte sig herefter til en optiker med henblik på at få briller, men optikeren tilrådede yderligere undersøgelse af øjnene. Patienten konsulterede derfor en anden øjenlæge i maj 2001, der ikke fandt tegn til nethindeløsning. I juni 2001 fik patienten i forbindelse med en ny undersøgelse konstateret nethindeløsning, hvorefter patienten blev indlagt akut og behandlet på et sygehus. Synet på øjet var herefter svært nedsat.

Der blev klaget over, at den første øjenlæge i april og maj 2001 overså, at patienten havde nethindeløsning.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hendes behandling af patienten den 7. maj 2001, men fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægens behandling den 10. april 2001.

På baggrund af en bevismæssig vurdering, fandt nævnet ikke grundlag for at lægge til grund, at patienten ved sin henvendelse den 10. april 2001 oplyste øjenlægen om, at hun havde mørke skygger for venstre øje.

Nævnet fandt derfor ikke grundlag for at kritisere øjenlægens behandling den 10. april 2001.

Nævnet kunne videre oplyse, at nethindeløsning har sin baggrund i en løsning af glaslegemet fra nethinden, hvorved glaslegemehinden kan trække et hul i nethinden, så væske kan trænge ind under denne. Nethindeløsning typisk udvikler sig inden for få døgn, og at de karakteristiske symptomer er lysglimt udløst af glaslegemets træk på nethinden og fornemmelse af flue- eller myggesværme for øjet på grund af let blødning fra en rift i nethinden diffust fordelt i glaslegemet.

Nævnet oplyste, at meget tyder på, at en ung person længe kan gå med en løsning af glaslegemet, før der begynder at trænge væske fra glaslegemet igennem denne (Inferior Temporal Oral Dialysis of the Young). Herved udvikles der en fremadskridende nethindeløsning, antagelig fordi glaslegemet hos unge er meget mere fast i sin struktur end hos blot 30-40-årige, hos hvem glaslegemet degenererer til en tyndtflydende, næsten strukturløs væske. Derfor er udviklingen af en nethindeløsning ved Inferior Temporal Oral Dialysis of the Young meget langsommere og symptomerne væsensforskellige fra den "klassiske" nethindeløsning hos ældre voksne. Synsforringelsen udvikles således snigende og specifikt over uger eller måneder, og lysglimt og "fluesværme" som advarselssymptomer oplever kun de færreste.

Det var nævnets opfattelse, at patientens nethindeløsning med overvejende sandsynlighed havde udviklet sig fra en Inferior Temporal Oral Dialysis of the Young.

Nævnet var videre af den opfattelse, at et subjektivt og objektivt fremadskridende synstab, selv i let grad, hos en 21-årig person er et usædvanligt fund, som bør give en øjenlæge anledning til at foretage nærmere undersøgelser.

Nævnet bemærkede, at øjenlægen ikke ved nogen af sine øjenundersøgelser foretog oftalmoskopi (indblik til nethinde og synsnerve), og nævnet oplyste, at oftalmoskopi hører med som rutinemæssig undersøgelse ved fremadskridende synsførringelse.

Nævnet var derfor af den opfattelse, at øjenlægen ved konsultationen den 7. maj 2001 på baggrund af patientens symptomer burde have undersøgt specifikt for nethindeløsning, herunder foretaget oftalmoskopi.

Sag 3 Klage over fejldiagnosticering af nethindeløsning og grøn stær ([P0232305](#))

En 81-årig kvinde mistede den 26. september 2001 pludseligt det meste af synet på højre øje, hvorfor hun den næste dag telefonisk kontaktede en øjenlægeklinik, hvor hun af sekretæren fik en tid til undersøgelse 14 dage senere. Den 11. oktober 2001 blev patienten undersøgt af en øjenlæge, der fandt tegn på dobbeltsidig grå stær (katarakt), samt mistanke om, at der i højre øje tidligere havde været en blodprop i et kar. Patienten blev herefter henvist til et sygehus med henblik på en eventuel operation for grå stær samt til en vurdering af det højre øje.

Den 30. oktober 2001 blev patienten undersøgt af en anden øjenlæge, der fandt en højresidig nethindeløsning, omfattende det meste af nethinden, inklusiv den gule plet. Forandringerne var forenelige med, at nethindeløsningen ikke var ganske frisk. Der var ingen tegn på blodprop i højre øje. Øjenlægen fandt endvidere forandringer på begge synsnerver forenelige med fremskreden grøn stær, og patienten blev sat i behandling med øjendråber (Xalatan). Endelig var der i begge øjne moderat grå stær. Den 7. november 2001 blev patienten opereret for nethindeløsning.

Der blev klaget over, at patienten først fik en tid hos øjenlægen 14 dage efter sin telefoniske henvendelse samt, at øjenlægen ved sin undersøgelse den 11. oktober 2001 vurderede, at patienten havde en blodprop i højre øje, mens der senere blev konstateret nethindeløsning og grøn stær i samme øje.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling den 11. oktober 2001.

Nævnet lagde herved vægt på, at et akut indsættende svært synstab bør undersøges akut, idet der er flere akut indsættende øjensygdomme, heriblandt nethindeløsning, ved hvilke synsprognosen afgørende forringes, hvis diagnosen og dermed behandlingen forsinkes blot nogle døgn.

På baggrund af en bevisvurdering fandt nævnet ikke, at det kunne lægges til grund, at patienten den 27. september 2001 over for øjenlægens sekretær oplyste, at hun havde haft et akut indsættende svært synstab.

Nævnet lagde herefter vægt på, at øjenlægen ved sin undersøgelse fandt patienten blind på højre øje. Han undersøgte øjenbaggrunden på højre øje uden forudgående pupiludvidelse. Ved undersøgelsen blev der fundet en uklarhed i glaslegemet bagtil og opadtil samt blødninger, der gjorde den centrale del af nethinden vanskelig at vurdere, mens de perifere områder af nethinden blev beskrevet som tilliggende. Øjenlægen vurderede herefter, at patienten havde en blodprop i øjet.

Nævnet oplyste, at blødninger i glaslegemet og på nethindens overflade er hyppige i begyndelsesstadiet af en nethindeløsning.

Det var nævnets opfattelse, at en undersøgelse gennem en pupil, der ikke er udvidet ved hjælp af øjendrypning ikke giver et tilstrækkeligt sikkert overblik over nethinden, hvorfor nævnet fandt, at øjenlægen burde have anvendt medikamentel pupiludvidelse i forbindelse med sin undersøgelse af patienten.

Det var ligeledes nævnets opfattelse, at patientens symptomer ikke kunne have ændret sig imellem undersøgelsen hos øjenlægen den 11. oktober 2001 og undersøgelsen hos en anden øjenlæge knap 3 uger senere, hvor der blev konstateret en næsten total løsning af nethinden på det højre øje.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for ikke at have anvendt et 3-spejl ved sin undersøgelse og for derved at have overset en nethindeløsning.

Sag 4 Klage over fejldiagnosticering ved nethindeløsning ([0234123P](#))

En 51-årig kvinde havde siden 1978 lidt af grøn stær og var blevet opereret på sit venstre øje på et sygehus. Herudover havde hun i længere tid været i behandling md Optol Xalatan. Den 2. august 2001 fik patienten foretaget en kontrolundersøgelse for grøn stær hos en øjenlæge. Den 6., 13. og 30. august 2001 forsøgte øjenlægen at optimere trykket på venstre øje. Den 31. august 2001 fik patienten en række lysglimt for venstre øje, der varede adskillige minutter, hvorfor hun henvendte sig hos lægevagten. Efter råd fra en øjenafdeling blev patienten opfordret til at søge øjenlæge om mandagen, idet det i værste fald kunne varsle en nethindeløsning. Den 3., 14., 17. og 19. september 2001 blev patienten undersøgt og behandlet af øjenlægen, der ikke fandt nethindeløsning. Den 24. september 2001 blev der ved

en undersøgelse på et sygehus konstateret nethindeløsning. Herefter fulgte et længere forløb med operationer og kontroller, hvorefter patientens syn på venstre øje blev nedsat til 15 %.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke undersøgte patienten tilstrækkeligt, idet øjenlægen konstaterede, at glaslegemet nok var faldet sammen på grund af patientens alder og forklarede endvidere de mørke skygger over venstre øje med spændinger, og at disse ville gå væk af sig selv.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling.

Nævnet kunne oplyse, at serier af lysglimt, der af patienten opleves i et bestemt område af synsfeltet, for øjenlæger er et velkendt advarselssymptom, idet lysglimt er nethindens reaktion på en trækpåvirkning fra glaslegemet, der kan resultere i fremkomsten af en rift i nethinden med efterfølgende udvikling af en synstruende nethindeløsning.

Sværmede fluer (mouches volantes) betegner en sværm af fine, mørke uklarheder for øjet og er ligeledes et advarselssymptom, fordi fluerne er udtryk for en mindre, diffus blødning ud i glaslegemet. Øjenlægen skal her først og fremmest tænke på blødning udløst ved en udrift i nethinden som følge af træk fra et glaslegeme i begyndende sammenfald, hvilket er en almindelig aldersfølge. Én stor flue for øjet ses ved en enkelt, større uklarhed i glaslegemet, og denne kan repræsentere et løsrevet stykke af nethinden, som efter nogle dage synker til bunds i glaslegemet og herefter kan være vanskeligt at opdage. En enkelt blodansamling kan også illudere en flue.

Nævnet oplyste, at da en rift i nethinden i visse tilfælde kan blive udgangspunktet for en nethindeløsning, skal oplysning om blot et enkelt af disse tre symptomer afstedkomme en nøje undersøgelse af nethinden. I henhold til almindelig anerkendt faglig standard skal denne omfatte et indblik til nethinden (oftalmoskopi) efter forudgående udvidelse af pupillen med pupiludvidende øjendråber (mydriasis) ved anvendelse af en specialkontaktlinse, "3-spejl" (forsynet med vinklede spejle, der gør det muligt at undersøge de perifere områder af nethinden, hvor rifter hyppigst opstår).

Nævnet lagde til grund, at øjenlægen den 3. september 2001 foretog en oftalmoskopi med et pupiludvidende stof med 3-spejlskontaktlinse, hvor han så en blødning kl. 10 i midtperiferien, men han så ikke det mindste tegn på noget hul. Ved sin undersøgelse den 14. september 2001 kunne øjenlægen ved en oftalmoskopi samt 3-spejlskontaktlinse hverken se uklarheder eller

blødning i glaslegemet. Der var endvidere ingen huller, og nethinden var tilliggende overalt. Patienten havde oplyst, at hun havde set en mørk skygge i venstre øjenkrog.

Nævnet kunne i den forbindelse oplyse, at en skygge i synsfeltet er et stærkt indicium for en nethindeløsning; det afløste område er nemlig blindt.

Det var nævnets opfattelse, at der ikke var grundlag for at fastslå, at der den 14. september 2001 var en synlig nethindeløsning. Nævnet fandt derfor, at øjenlægen havde handlet i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard i forbindelse med sin behandling den 3. og 14. september 2001.

Nævnet var af den opfattelse, at da patienten den 17. september 2001 henvendte sig, fordi skyggen i øjet var vokset, burde øjenlægen have undersøgt patienten med 3-spejl med pupiludvidelse, i stedet for blot at foretage en undersøgelse ved oftalmoskopi. Nævnet fandt derfor grundlag for at kritisere øjenlægens behandling den 17. september 2001.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en konkret sag fandt, at en øjenlæge havde handlet kritisabelt, fordi der var objektive fund i form af trykforskel i øjnene og en glaslegemeblødning hos en i øvrigt rask patient, der burde have medført begrundet mistanke om rift i nethinden og medført nærmere udredning.

Sag 5 Klage over manglende udredning af tegn på nethindeløsning (0337129A)

I sommeren 2000 fik en 66-årig kvinde symptomer i form af lysglimt, hvorfor hun henvendte sig til egen læge og derfra blev henvist til undersøgelse hos en øjenlæge. Mens hun ventede på at komme til, fik hun desuden symptomer som ”spindelvæv med fluer i øjet”.

Den 14. september 2000 undersøgte øjenlægen patienten og fandt intet unormalt.

Den 22. oktober 2001 blev patienten akut undersøgt af øjenlæge, da hun oplyste, at hun havde nedsat syn og spindelvæv for højre øje. Øjenlægen fandt ikke tegn på nethindeløsning, og det blev aftalt, at han skulle se på det igen efter en måned.

Den 26. november 2001 blev det ved den aftalte kontrol konstateret, at patientens syn var blevet dårligere. Patienten havde ikke kunnet henvende sig tidligere, da øjenklinikken på grund af sygdom havde været lukket i to uger. Øjenlægen kunne se klart ind til nethinden, dog var det lidt uklart nedadtil, hvor nethinden var løftet klokken 3 til 9 med en hesteskoformet rift klokken 6. Øjenlægen henviste patienten akut til en øjenafdeling på grund af højresidig nethindeløsning.

Samme dag fandt en overlæge på øjenafdelingen, at synet på højre øje kun var lyssans, og han fandt en fremskreden nethindeløsning med et udseende, som kunne stemme med cirka en måneds sygdomsvarighed, da der var begyndende arvævsdannelse. Det var nødvendigt med operation af nethinden, og den blev foretaget den 29. november 2001. Operationen forløb godt, og i efterforløbet kom nethinden til at ligge helt til. Ved afslutningen den 29. januar 2002 havde patienten en synsstyrke i højre øje på 0,15 med bedste korrektion. Nethinden lå helt på plads overalt.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke foretog korrekt undersøgelse og behandling af patientens højre øje den 14. september 2000 og den 22. oktober 2001.

Nævnet fandt grundlag for at kritik af øjenlægens behandling den 22. oktober 2001. Nævnet lagde vægt på, at patienten den 22. oktober 2001 oplyste, at hun samme morgen var vågnet med nedsat syn og spindelvæv for højre øje. Øjenlæge undersøgte ved hjælp af speciallinser, inklusive 3-spejl (Goldmanns 3-spejl) højre øje efter forudgående drypning med pupiludvidende dråber og fandt indblikket så sløret på grund af blødning, at han ikke kunne se nethinden. Derimod kunne han se et sammenfald af glaslegemet (corpussammenfald) og blodansamling i glaslegemet (corpushæmorrhagi). Øjentrykkene blev målt til 13 og 20 mm kviksølv, og der blev aftalt kontrol efter 1 måneds forløb, dog før, hvis der skulle opstå symptomer på nethindeløsning (gardinfornemmelse).

Nævnet lagde desuden vægt på, at øjentrykkene udviste værdier, som var normale, men at sideforskellen var påfaldende.

Det var nævnets opfattelse, at en glaslegemeblødning hos en i øvrigt rask patient, som i det foreliggende tilfælde, indikerede en nethindeløsning. Trykforskellene i øjnene pegede ligeledes i retning af truende eller tilstedeværende nethindeløsning, og en sådan tilstand bør følges nøje og helst dagligt.

Det var således nævnets opfattelse, at øjenlægen burde have henvist til nærmere udredning på hospitalsafdeling den 22. oktober 2001, blandt andet med henblik på ultralydsundersøgelse.

Nævnet oplyste, at et blodigt glaslegeme aktuelt fjernes ved mindste mistanke om eller dokumentation for nethindeløsning, da prognosen af mange årsager forbedres meget ved tidlig indgriben enten i form af glaslegemefjernelse (vitrektomi) alene eller fjernelse af glaslegemet kombineret med operation for nethindeløsning. Såvel observation som de kliniske

beslutninger forbedres meget ved anvendelse af blandt andet ultralydsundersøgelse, men navnlig af en subspecialiseret nethindekirurg, hvorfor denne type patienter bør henvises til hospitalsbehandling hurtigst muligt.

Nævnet oplyste, at de skitserede retningslinier for undersøgelse og behandling af den patienttype, som patienten tilhørte, også gjaldt i 2001.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægens behandling den 14. september 2001. Nævnet lagde vægt på, at patienten den 14. september 2000 oplyste, at hun 2-3 måneder forinden i perioder havde haft lysglimt for begge øjne, og at øjenlæge ved indblik til nethinden (retina) efter forudgående udvidelse af pupillen med pupiludvidende øjendråber (mydriasis) ikke fandt tegn på hverken træk på nethinden, degeneration af nethinden (lattice) eller rift i nethinden. Øjenlægen anbefalede desuden patienten at henvende sig til ham akut, hvis hun skulle få symptomer på nethindeløsning. Øjenlægen tilrådede endvidere kontrol for grøn stær (glaukomscreening) efter 1 – 2 års forløb.

Øjenlægen havde udtalt til sagen, at han foretog indblikket i nethinden (oftalmoskopi) ved hjælp af speciallenser, inklusive 3-spejl (Goldmanns 3-spejl).

Nævnet oplyste, at anvendelse af pupiludvidende øjendråber (mydriasis) giver de bedste betingelser for at iagttage nethindens periferi, der er af særlig relevans ved problemstillingen nethindeløsning.

Nævnet oplyste desuden, at dobbeltsidige lysglimt er et ofte forekommende og hyppigt tegn på migræne eller andre cirkulationsforstyrrelser i synsbarken.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en sag fandt grundlag for kritik af den indklagede øjenlæge, fordi der var foretaget en utilstrækkelig objektiv undersøgelse som følge af mangelfuld optagelse af sygehistorien.

**Sag 6 (ref. sag 38) Klage over mangelfuld udredning af tegn på nethindeløsning
(0447010P)**

Den 30. september 2003 ringede en 52-årig mands ægtefælle til sekretæren hos en øjenlæge og forklarede hende, at patienten havde fornemmelse for rullegardiner for øjet, lysglimt, støv der dryssede ned for øjet, og at han var bange for at have fået nethindeløsning. Patienten fik en tid til undersøgelse til dagen efter, men valgte at køre ned og tale med sekretæren, hvor sekretæren angav, at det kunne vente til næste dag.

Den 1. oktober 2003 blev patienten undersøgt af øjenlægen. Der blev fundet normale forhold ved undersøgelse af synsfelt for hånd og maskinelt (kampimetri) og normalt tryk i øjet. Ved oftalmoskopi med udvidelse af pupillen blev der fundet normale forhold ved glaslegeme og nethinde, svarende til en undersøgelse 5 år forinden. Der blev aftalt kontrol efter 1 år.

Den 15. oktober 2003 under et efterfølgende ophold i Paris begyndte synsfeltet at snævre sig ind som en sort klap, der i løbet af den følgende dag fyldte cirka 75 % af synsfeltet.

Den 20. oktober 2003 undersøgte øjenlægen igen patienten og fandt indskrænket synsfelt nedadtil nasalt og nethindeløsning opadtil temporalt. Patienten blev derpå indlagt akut på en øjenafdeling, hvorfra han blev videresendt til et andet sygehus.

Den 21. oktober 2003 blev der ved undersøgelse og operation fundet en bulløst afløst øverste halvdel af nethinden. Der blev foretaget fjernelse af øjets glaslegeme (corpus vitreum), lukning (koagulation) af i alt 3 rifter i nethinden og indlæggelse af silikone. Den 1. december 2003 blev nethinden yderligere laserbehandlet, og der blev berammet fjernelse af silikone den 12. januar 2004.

Der blev blandt andet klaget over, at øjenlægen ikke havde undersøgt og behandlet patienten tilstrækkeligt for nethindeløsning.

Nævnet fandt grundlag for kritik af øjenlægens behandling.

Nævnet lagde til grund, at patientens ægtefælle den 30. september 2003 ringede til sekretæren hos øjenlægen og forklarede hende, at der var fornemmelse for rullegardiner for øjet, lysglimt, støv der dryssede ned for øjet, og at patienten var bange for at have fået nethindeløsning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten den 1. oktober 2003 blev akut undersøgt af øjenlægen, der som samlebetegnelse for patientens symptomer alene noterede, at det drejede sig om en skygge for det højre øje.

Øjenlægen oplyste i en udtalelse til sagen, at han ikke erindrede de symptomer patienten angav ved undersøgelsen, men at han ikke i sin journal har anført, at der blev klaget over symptomer i form af ”fluer ”og ”lyn”.

Nævnet oplyste, at cirka 1 ud af 10.000 danskere får nethindeløsning i løbet af et år.

Nærsynede har en højere risiko end andre. Ofte forudgås nethindeløsningen af et sammenfald

af glaslegemet, hvilket resulterer i et træk på nethinden, så patienten ofte ser lysglimt. Som regel opstår der et hul, som giver patienten en oplevelse af en myggesværm eller noget spindelvæv i synsfeltet, idet der frigøres pigmenterede partikler ud i glaslegemet.

Nævnet oplyste desuden, at der efterfølgende samler sig væske under nethinden, som får den til at løsne sig fra periferien ind mod centrum. Dette kan man forebygge ved laserbehandling omkring hullet, inden der opstår egentlig nethindeløsning. Hvis centrum af nethinden (macula) bliver afløst, inden man kommer til operation, er det i praksis ikke muligt at genskabe et normalt syn. Chancen for en vellykket operation aftager også hastigt med nethindeløsningens varighed. Tidlig operation indenfor et par uger er langt mere gunstig end senere i forløbet.

Nævnet oplyste, at symptomer i form af gardinformemmelse og spindelvæv i synsfeltet. bør foranledige undersøgelse af glaslegemet (corpus vitreum) og af nethinden (retina) efter udvidelse af pupillen med øjendråber (mydriasis).

Nævnet fandt ud fra de senere konstaterede fund på øjenafdelingerne sammenholdt med det ovennævnte journalnotat om en skygge for øjet, at det måtte anses for overvejende sandsynligt, at patienten den 1. oktober 2003 havde symptomer på begyndende nethindeløsning i form af gardinformemmelse og spindelvæv i synsfeltet.

Nævnet lagde desuden vægt på, at lysglimt/lyn ikke er et obligatorisk fænomen forud for en nethindeløsning.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten den 1. oktober 2003 blev undersøgt med et såkaldt oftalmoskop.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at oftalmoskop er et indbliksinstrument, som er udmærket til at diagnosticere uklarheder i glaslegemet og forskellige sygelige tilstande i det meste af nethinden, men det kan ikke overskue den mest perifere del af nethinden. Dette er imidlertid muligt med en såkaldt tre-spejls-linse, som er en kontaktlinse med spejle i, der tillader inspektion af den perifere del af nethinden med henblik påvisning af for eksempel rifter eller andet sygeligt perifert i nethinden.

Nævnet lagde ud fra disse samlede omstændigheder til grund, at øjenlægen på det foreliggende ikke med sikkerhed kunne udtale sig om, at patienten ikke havde nethindeløsning den 1. oktober 2003, eftersom der kunne være en begyndende afløsning i periferien.

Nævnet bemærkede dog, at det var korrekt bedømt, at der ikke var nogen blodprop i nethinden.

Det var nævnets overordnede opfattelse, at det ikke er patientens opgave selv at fortælle den komplette sygehistorie, og at øjenlægen med sin viden om øjensygdommenes symptomer havde det fulde ansvar for, at der blev optaget en endelig relevant sygehistorie forinden, at behandlingen blev iværksat.

Det var herunder nævnets opfattelse på baggrund af journaloplysningerne omkring sygehistorien, at øjenlægen ikke havde udspurgt i relevant omfang med henblik på at komme på sporet af diagnosen begyndende nethindeløsning, og at dette medførte, at der ikke blev fundet anledning til en undersøgelse med en såkaldt tre-spejls-linse.

Sag 7 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af symptomer i form af sorte pletter og lysglimt ([0230119P](#))

En 66-årig kvinde blev i 1994 opereret for grå stær på højre øje hos en øjenlæge. I marts 1996 blev hun opereret for grå stær på venstre øje på et sygehus. I slutningen af marts 1996 blev der på sygehuset fundet en blodansamling i højre øje, der blev behandlet med laser. Patienten havde imidlertid fortsat flimmer for øjnene.

Den 8. juni 1999 konsulterede patienten akut en øjenlæge på grund af sorte pletter samt lysglimt for højre øje. Den 3. september 1999 konsulterede patienten en anden øjenlæge på grund af tiltagende mørkt gardin og vedvarende lysglimt for højre øje gennem nogle dage. Øjenlægen indlagde akut patienten med diagnosen nethindeløsning, for hvilket hun blev opereret i september 1999.

Der blev klaget over, at den første øjenlæge i 1999 ikke undersøgte patienten tilstrækkeligt og oplyste, at de sorte pletter og lysglimt på højre øje var en normal tilstand efter en grå stær-operation.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling.

Nævnet oplyste, at sorte pletter for et øje er et ret uspecifikt symptom, derved at det kan optræde som ledsagesymptom ved en række øjenlidelser, såvel harmløse som alvorlige. Derfor er beskrivelsen af pletternes størrelse og mængde samt tidspunktet for deres optræden væsentlig for symptomets alvor. En pludselig optræden af flere sorte pletter indikerer en blødning i øjets indre og er dermed et alarmsymptom. Hvis patienten ikke har en kendt

grundsygdom såsom diabetes, forhøjet blodtryk eller en blodsygdom, må man først og fremmest mistænke og dermed undersøge for en rift i nethinden som sandsynlig årsag.

Nævnet kunne endvidere oplyse, at fornemmelse af lysglimt for øjet derimod i langt størstedelen af tilfældene (83 %) er udløst af en afløsning af glaslegemet (bage hyaloidløsning) fra nethinden. I forløbet af en sådan glaslegemeafløsning kan glaslegemehinden (bage hyaloid) trække en rift i nethinden, hvorefter en nethindeløsning kan udvikles. De to symptomer kan således følges ad, men gør det langt fra altid. Næsten alle patienter med nethindeløsning fortæller om en episode med sorte pletter hyppigst i form af en myggesværme eller mange fluer, men sjældnere større, sorte pletter. Lysglimt opleves derimod kun hos omkring to tredjedele.

Det var nævnets opfattelse, at de sorte pletter var nyopståede symptomer, der måtte tolkes som en ny blødning i glaslegemet. Da der ikke siden tilkom lignende pletter eller lysglimt, fremkom den rift i nethinden, der blev konstateret på sygehuset, sandsynligvis på det tidspunkt, hvor patienten oplevede de sorte pletter. Riften var ligeledes årsagen til nethindeløsningen.

Nævnet var endvidere af den opfattelse, at det imidlertid ikke kunne afvises, at riften kunne have taget sin begyndelse allerede ved den første blødning i glaslegemet et år tidligere. Det kunne ikke udelukkes, at patienten kunne få en ny blødning i sit højre glaslegeme, selvom hun havde haft en blødning tidligere.

Det var derfor nævnets opfattelse, at øjenlægen burde have reageret på patientens klage over nyopståede sorte pletter for sit højre øje og på baggrund heraf burde have iværksat en nærmere undersøgelse af patientens højre øje ved konsultationen den 8. juni 1999.

Sager uden kritik

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for kritik af udredningen af en 14-årig dreng, der havde fået et traume mod det ene øje og senere fik konstateret nethindeløsning. Sagen illustrerer endvidere, at nethindeløsning kan ske langsommere hos børn, fordi glaslegemet ikke er så flydende og væskeindsivningen igennem riften følgelig forsinkes.

Sag 8 Klage over at nethindeløsning ikke blev påvist hos 14-årig dreng, som havde fået en håndbold mod højre øje (0341224A)

Den 5. november 2001 henvendte en 14-årig dreng sig til egen læge, efter at han den 1. november 2001 med stor kraft havde fået en håndbold mod højre øje og siden havde haft

sløret centralt synsfelt. Ved indblik til øjenbaggrunden (oftalmoskopi) havde patientens praktiserende læge set mørke pigmenter i nethinden og glaslegemet og henviste han til en øjenlæge.

Den 6. november 2001 blev patienten undersøgt af øjenlægen, som på baggrund af sin undersøgelse konkluderede, at patienten havde fået en sekundær betændelse i regnbuehinden (sekundær iritis). Øjenlægen ordinerede herefter øjendråber mod betændelsen og aftalte tid til kontrol en uge senere.

Den 14. november 2001 oplyste patienten, at øjendråberne ikke havde hjulpet på synet, som nu var forværret fra 0.8 til 0.6. Øjenlægen undersøgte patienten, og på baggrund af sine fund med blødning i glaslegemet på højre øje henviste øjenlægen patienten subakut til indlæggelse på en øjenafdeling.

En uge senere blev patienten undersøgt på øjenafdelingen, hvor der blev fundet mangler i synsfeltet, men fuldt bevaret centralt syn på højre side, endvidere blødninger på højre linse og diffus blødning i øjet med størknede blodklumper (koagler). Ved indblik til øjenbaggrunden (oftalmoskopi) observerede man, at nethinden var løsnet med huldannelse. På baggrund af fundene blev patienten henvist akut til et andet sygehus med henblik på operation.

Den 21. november 2001 fik patienten foretaget øjenoperation, hvorunder der blev indlagt silikoneolie i øjet og hullet blev behandlet med laserstråling. Den følgende dag blev patienten udskrevet, og ved kontrol den 30. november 2001 blev forholdene efter operationen anført som fredelige, hvilket også var tilfældet ved kontrol den 10. december 2001.

Den 13. august 2002 blev patienten reopereret med fjernelse af silikoneolien. Ved kontrol den 3. januar 2003 blev der konstateret svært nedsat syn på højre side, hvor der nu kun var lyssans tilbage. Ved undersøgelsen var der fortsat et mindre hul, og nethinden var oversået med tynde hinder (membraner). Det blev anbefalet, at patienten blev reopereret, men det lykkedes ikke ved reoperationen at få lagt nethinden på plads og dermed bedre synet.

Der blev klaget over, at øjenlægen ved først konsultation den 6. november 2001 ikke opdagede, at patienten havde en nethindeløsning, og at øjenlægen ved kontrolundersøgelsen blot ville ordinere nogle andre øjendråber og kun på opfordring henviste til undersøgelse på en øjenafdeling.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen.

Nævnet lagde vægt på, at øjet var blegt, hvilket afgørende talte imod et direkte, kraftigt slag mod øjeæblet, og at der den 6. september 2001 var naturlig oftalmoskopi (indblik til øjenbaggrunden) på begge øjne og ingen opsvulmning (ødem) af nethinden.

Nævnet lagde desuden vægt på, at patienten under de to konsultationer ikke klagede over "en fast skygge" opadtil i synsfeltet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det var relevant, at øjenlægen tolkede den "tynde blandingslysvej" uden røde blodlegemer i det forreste øjenkammer og nedslag af pigment (fra regnbuehinden) nederst på bagfladen af hornhinden som en regnbuehindebetændelse, der kan ses ved enhver traumatisk påvirkning af øjet, herunder operation. Der var således ikke på dette tidspunkt grundlag for mistanke om hverken en rift i nethinden eller nethindeløsning, og det var relevant at behandle tilstanden med øjendråber og fastsætte kontrol efter en uge.

Nævnet lagde endelig vægt på, at det var relevant, at øjenlægen den 14. november 2001 på grund af blødning i glaslegemet på højre øje henviste til nærmere undersøgelse (med ultralydsscanning) på en øjenafdeling, og at det var i overensstemmelse med gældende praksis, at henvisningen klassificeredes som subakut, da der ikke var begrundet mistanke om nethindeløsning.

Det var herunder nævnets vurdering, at ventetiden mellem henvisningen til og undersøgelsen på øjenafdelingen således ikke forringede patientens syn på højre øje, og at den omstændighed, at patienten efterfølgende mistede synet på højre øje, alene kunne tilskrives, at operationerne ikke formåede at bringe nethinden tilliggende.

Nævnet oplyste, at man ved et traume direkte mod et øje må skelne mellem et slag direkte mod selve øjeæblet (f.eks. badmintonbold, champagneprop eller knytnæve) og et slag mod øjenregionen, hvor øjeæblet ikke direkte rammes (f.eks. håndbold, fodbold, dørstolpe). I førstnævnte tilfælde bliver øjet rødt på grund af blodudtrædning i dets ydre slimhinde (conjunctiva), og det er almindeligt, at der opstår revner i regnbuehinden, langt sjældnere i nethinden, med tydelig blødning til følge. Blødningen vil selvsagt sløre synet, men en synsnedsættelse kan også skyldes en hævelse af nethindens centrale, gule plet (maculaødem) fremkaldt af accelerationspåvirkning fra glaslegemet.

Nævnet oplyste endvidere, at traumer mod øjenregionen derimod medfører, at selve øjet som regel vil være normalt blegt, og der vil kun sjældent være blødning i øjets indre. En synsnedsættelse skyldes her oftest en hævelse af nethindens centrale, gule plet. Men netop

fordi glaslegemet også ved et kraftigt, indirekte slag udsættes for en kraftig acceleration, kan "skvulpebevægelser" i dette føre til dannelsen af en rift i nethinden. Denne vil da som hovedregel ligge meget perifert i nethinden og derfor ikke være synlig ved almindeligt indblik i øjet med oftalmoskopet, men vil kræve fuld udvidelse af pupillen (mydriasis) og specialoptik. For med sikkerhed at udelukke en rift må øjet påsættes et særligt kontaktaglas (Goldmanns 3-spejl). Men dette undlades så vidt muligt i den første tid efter et traume for ikke at belaste øjet yderligere, medmindre der er begrundet mistanke om en nethinderift.

Nævnet oplyste endelig, at en traumatisk rift i nethinden altid vil bløde og derved give sig tilkende som en "myggesværn" i synsfeltet på grund af opslæmningen af røde blodlegemer i glaslegemet, og ved øjets bevægelser vil glaslegemet træk påvirke nethinden, hvilket fremkalder kaskader af lysglimt som fra en "stjerneaster". Medens en nethinderift hos et voksent menneske i løbet af få dage vil føre til en nethindeløsning med karakteristisk fornemmelse af en voksende, sort skygge i synsfeltet, sker udvikling af nethindeløsning langsommere hos børn, fordi glaslegemet ikke er så flydende og væskeindsivningen igennem riften følgelig forsinkes.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for kritik af behandlingen af en nethindeløsning, som blev konstateret i forbindelse med foretagelse af en operation, da der på tidspunktet for henvisningen til operation ikke var objektive tegn på nethindeløsning.

Sag 9 Klage over at nethindeløsning blev opdaget for sent ([0343618P](#))

Den 5. december 2001 blev en 67-årig kvinde henvist til en anden øjenafdeling på grund af blødninger i venstre øjets glaslegeme. Den 24. januar 2002 blev patienten tilset af overlæge A i øjenambulatoriet, og han fandt tegn på gentagne blødninger i venstre øje. Der blev aftalt operation i lokal bedøvelse med fjernelse af den bagerste del af glaslegemet.

Den 25. juni 2003 blev patienten indlagt på en øjenafdeling. Samme dag blev hun tilset af overlæge B, der ved undersøgelse konstaterede, at glaslegemeblødningen var suget op af øjet, men at der aktuelt var kommet en nethindeløsning, som omfattede centrum af nethinden. Endvidere var der lidt grå stær. Overlæge B informerede om operation herfor, og patienten var interesseret i operation.

Den 27. juni 2003 fik patienten foretaget operationen, hvor der først blev gennemført en operation for grå stær med fjernelse af linsen, derefter blev der foretaget operation af glaslegemet, hvor glaslegemevæsken blev erstattet med silikoneolie. Efter operationen var nethinden på plads og forholdene tilfredsstillende.

Ved kontrol den 3. juli 2003 var forholdene fortsat tilfredsstillende, og der blev aftalt et videre kontrolforløb.

Der blev klaget over, at lægerne ikke fandt grundlag for at operere patienten på et tidligere tidspunkt, og at lægerne ikke forud for operationen informerede om de risici, der var forbundet med operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlæge As behandling af patienten. Nævnet lagde vægt på, at overlæge A ved en relevant objektiv undersøgelse fandt, at der hverken var tegn på nethindeudtynding af den type, der disponerer til rifter (såkaldt lattice-degeneration), eller aldersbetinget maculadegeneration. Den nedre del af venstre nethinde kunne ikke fuldt overskues på grund af en ældre blodansamling, men i den øvrige nethinde sås ikke rifter eller nethindeløsning. Overlæge A foretog herefter en ultralydsundersøgelse af venstre øjes indre, og undersøgelsen viste en afløsning af glaslegemet ("afløst corpus"). Ultralydsbilledet tydede på, at glaslegemet var tæt forbundet med synsnerven, som det blandt andet ses ved abnorme blodkarnydannelser i forløbet af vene-blodprop i glaslegemet.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at overlæge A fandt forhold, der talte imod et spontant svind af blødningen samt mulighed for nye blødninger, og at overlægen i forbindelse med aftale om operation noterede i journalen, at patienten var velegnet til hurtig indkaldelse ved afbud.

Nævnet lagde endelig vægt på, at den lange ventetid på operation skyldtes afdelingens kapacitetsproblemer på grund af mange tilfælde med blindhedstruede patienter, og at Patientklagenævnet ikke har kompetence til at tage stilling til ressourcespørgsmål, herunder kapacitetsproblemer.

Nævnet oplyste, at afløsning af glaslegemet er en almindelig aldersforandring, men ikke nethindeløsning.

Nævnet oplyste endvidere, at en pludselig, ikke-traumatisk blødning i øjets glaslegeme kan have flere årsager, hvoraf de hyppigste er sukkersyge, blodprop i nethindens store centrale vene (blodåre, centralvenetrombose), eller en af dennes større forgreninger, grenvenetrombose, blødning fra en forkalket pulsåre ved den aldersbetingede maculadegeneration ("forkalkning i den "gule plet") samt blødning fra en rift i nethinden som led i henfald (degeneration) af glaslegemet. Da en rift i en del tilfælde kan føre til en nethindeløsning (amotio retinae), er det vigtigt at undersøge for en sådan, hvis anden, åbenbar årsag til blødningen ikke kan findes.

Nævnet oplyste endelig, at der ved 20-30 % af øjne med grenvenetrombose sker en fremvækst af abnorme blodkar på nethindens overflade, og at disse hyppigt giver anledning til blødning i glaslegemet. Disse glaslegemeblødninger opsuges som regel spontant (naturligt) i løbet af 9-12 måneder, og i dette tidsrum skader blødningen ikke øjet. Det er anerkendt praksis at afvente en spontan opklaring af glaslegemet i tilfælde med grenvenetrombose.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere overlæge Bs behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at overlæge B i venstre øje fandt grå stær samt en udbredt nethindeløsning, der yderligere var kompliceret af ansamling af specielle arvævsdannelser i glaslegemet helt fortil (anterior PVR).

Nævnet lagde desuden vægt på, at det fremgår af journalen, at overlæge B informerede om fundene og fortalte, at synsfunktionen på venstre øje ved en operationen med sikkerhed ikke ville blive normal, men måske lidt bedre. Endvidere forklarede han om operationsmetoden, samt de komplikationer, der kunne opstå ved operationen, herunder silikonerelaterede komplikationer.

Nævnet lagde endelig vægt på, at overlæge B anførte i en udtalelse til sagen, at han blandt andet informerede om, at der ved anvendelse af silikoneolie kunne være risiko for, at tilstanden kunne ændres fra et blindt smertefrit øje til et blindt smertefuldt øje.

Nævnet oplyste, at ansamling af specielle arvævsdannelser i glaslegemet helt fortil i forbindelse med nethindeløsning, er en særligt frygtet komplikation, der udvikler sig efter nogen tids bestående nethindeløsning, og indebærer en ringe udsigt til synsforbedring ved operation.

Nævnet oplyste derudover, at når der foreligger nethindeløsning samt ansamling af specielle arvævsdannelser i glaslegemet helt fortil, må man for at kunne bringe den afløste nethinde på plads fjerne det sygeligt forandrede væv effektivt, og for at kunne komme til her, er det nødvendigt forlods at fjerne linsen (lensektomi). For derefter at sikre indheling af den afløste nethinde, må denne i en periode støttes af en boble af silikonolie, der indsprøjtes i øjet efter fjernelsen af glaslegemet, og man må yderligere forebygge fremkomsten af nye rifter i nethinden ved at placere et smalt bånd af silikone uden på øjet, en såkaldt cerclage.

Nedenstående sag illustrer, at nævnet i en sag ikke fandt grundlag for at kritisere den indklagede øjenlæge for manglende diagnosticering af nethindeløsning med henvisning til, at der ikke var objektive fund eller symptomer, der burde have medført en bestyrket mistanke om rift i nethinden.

Sag 10 Klage over manglende diagnosticering af nethindeløsning ([0443829P](#))

Den 23. august 2001 konsulterede en 49-årig mand en øjenlæge, da han havde gener i form af uklarheder for højre øje. Øjenlægen foretog en undersøgelse, hvorved hun fandt, at der var tegn på begyndende sammenfald af glaslegemet samt en del "fluer" (floaters).

Den 20. september 2001 blev patienten henvist til en øjenafdeling, idet han cirka 1 uge tidligere i udlandet af en læge havde fået påvist en situation, som angiveligt kunne udvikle sig til en nethindeløsning.

Patienten fik konstateret rifter i nethinden og nethindeløsning på højre øje, hvilket blev behandlet på øjenafdelingen.

Der blev klaget over, at patienten ikke fik undersøgt sit højre øje tilstrækkeligt med henblik på konstatering af revner i nethinden.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægen, da der den 23. august 2001 ikke var tegn på en behandlingskrævende lidelse og dermed ikke anledning til at tilbyde en fornyet undersøgelse. Nævnet lagde vægt på, at øjenlægen på baggrund af symptomerne med uklarheder for højre øje samt en ring foretog en relevant undersøgelse i form af oftalmoskopi af glaslegemet (corpus vitreum) og af nethinden (retina) efter udvidelse af pupillen med øjendråber (mydriasis).

Nævnet lagde endvidere vægt på, at øjenlægen fandt, at der ikke var tegn på rifter i nethinden eller nethindeløsning, men derimod tegn på den mere harmløse tilstand glaslegemesammenfald, og at der ikke var symptomer, der burde have medført en bestyrket mistanke om rift i nethinden.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten blev informeret om at henvende sig til en øjenlæge, såfremt der var symptomer på nethindeløsning.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at øjets inderside undersøges ved oftalmoskopi, og at man ved denne undersøgelse kan diagnosticere uklarheder i glaslegemet og forskellige sygelige tilstande i det meste af nethinden. Imidlertid er det relativt vanskeligt ved oftalmoskopi at overskue den mest perifere del af nethinden.

Nævnet oplyste derudover, at trespejlslinse anvendes ved påvisning af rifter eller anden sygelig tilstand perifert i nethinden, og at trespejlsundersøgelse bør anvendes ved begrundet mistanke om en rift i nethinden, idet denne senere kan udvikle sig til en synstruende nethindeløsning.

Nævnet oplyste endelig, at der vil være bestyrket mistanke om frisk rift i nethinden, såfremt der ved undersøgelse konstateres blødning eller pigmentkorn i glaslegemet, eller hvis patienten beretter om forudgående lysglimt i øjet.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en sag ikke fandt grundlag for at kritisere den indklagede øjenlæge for manglende diagnosticering af nethindeløsning som følge af et sjældent tilfælde af træk på nethinden efter glaslegemesammenfald, da der ikke var objektive fund eller symptomer, der burde have medført bestyrket mistanke om rift i nethinden.

Sag 11 Klage over mangelfuld udredning for nethindeløsning ([0343604P](#))

Den 9. maj 2001 konsulterede en 57-årig kvinde en øjenlæge, fordi hun igennem en uge havde haft slør og fornemmelse af lynglimt for højre øje. Øjenlægen foretog en undersøgelse, hvorved han konstaterede, at der var tegn på et lille sammenfald af glaslegemet. Der blev aftalt fornyet konsultation efter ½ år eller ved behov.

Den 29. maj 2001 henvendte patienten sig atter til øjenlægen, da hun ønskede oplyst, hvor længe symptomerne kunne tænkes at vare. Øjenlægen fandt, at der stadig var fornemmelse af lidt slør og svæv for højre øje, men at symptomerne var aftagende.

Patienten kontaktede i juni 2001 øjenlægens praksis telefonisk, da synet på højre øje var aftaget. Øjenlægens sekretær oplyste, at patienten ikke kunne blive undersøgt på grund af afholdelse af ferie, hvorfor hun måtte vente til efter ferien.

Den 2. august 2001 henvendte patienten sig atter til øjenlægen, der fandt, at der var total nethindeløsning på højre øje med flere huller, og hun blev derfor straks henvist til en øjenafdeling med henblik på videre undersøgelse og behandling.

På øjenafdelingen blev der den 6. august 2001 foretaget en operation, som forløb tilfredsstillende.

Der blev klaget over, at patienten ikke blev undersøgt og behandlet korrekt af øjenlægen.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægen.

Nævnet lagde vægt på, at øjenlægen den 9. maj 2001 på baggrund af symptomerne foretog en relevant undersøgelse af nethinden og glaslegemet med Goldmann's 3-spejl gennem udvidet (dilateret) pupil og konstaterede, at der var et lille sammenfald af glaslegemet, men at der ikke var tegn på træk, huldannelse (rift) eller nethindeafløsning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der blev aftalt fornyet kontrol efter ½ år eller ved ændring/forværring af tilstanden.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at der ved konsultationen den 29. maj 2001 ikke var indikation for en fornyet undersøgelse med Goldmann's trespejl, idet undersøgelsen var foretaget 3 uger tidligere, og patienten ikke var nærsynet eller tidligere havde haft problemer med nethinden. Endvidere var der ikke tiltagende eller nytilkomne lysglimt eller fluer.

Nævnet oplyste, at efter almindelig anerkendt faglig standard skal en undersøgelse ved glaslegemesammenfald omfatte et indblik til nethinden (oftalmoskopi) efter forudgående udvidelse af pupillen (dilatation) med pupiludvidende øjendråber (mydriasis). For at få et sikkert overblik også over nethindens periferi, hvor hovedparten af rifterne er lokaliserede, bør der benyttes specialoptik, bedst en specialkontaktlinse, "Goldmanns 3-spejl" (forsynet med vinklede spejle). Hvis der ved denne undersøgelse ikke konstateres rifter, er der ikke behov for yderligere undersøgelse.

Nævnet oplyste derudover, at der med alderen uvægerligt udvikles defekter (som huller i en ost) i den gelstruktur, glaslegemet, der udfylder øjets indre, hvorved glaslegemet falder sammen. Dette glaslegemesammenfald kan forløbe helt eller delvist og sker hos de fleste, uden at det bemærkes.

Nævnet oplyste derudover, at der hos er fåtal sidder noget af det skrumpende glaslegeme så fast på nethinden, at det under glaslegemesammenfaldet kan trække på nethinden og i sjældne tilfælde rive hul i denne. En rift i nethinden frembragt af et glaslegemesammenfald skabes på det tidspunkt, hvor glaslegemesammenfaldet sker og ikke senere, medmindre symptomerne på trækpåvirkning (traktion) på nethinden består (såkaldt partielt glaslegemesammenfald) i form af vedvarende, eventuelt forstærkende "lysglimt", og - ved selve riftens opståen – ved en ny kaskade af uklarheder, den såkaldte "fluesværn" (mouches volantes).

Nævnet oplyste endelig, at læger kan delegere nærmere afgrænsede opgaver til deres personale, det vil sige, at der blandt andet kan ske delegation af visse rådgivnings- og

visitationsopgaver til sekretærene, der modtager telefonopkald fra patienterne. Imidlertid er sekretærens rådgivnings- og visitationskompetence begrænset af de instrukser, som lægen giver.

For så vidt angik den angivelige henvendelse i juni 2001 lagde nævnet lagt vægt på, at det var oplyst, at der i klinikken forelå en instruks til sekretærene vedrørende prioritering af øjenpatienter ud fra sygehistorien, og at denne instruks blev suppleret af nøje mundtlig gennemgang af de enkelte punkter samt løbende undervisning af personalet.

Nedenstående sag illustrer, at nævnet i en sag ikke fandt grundlag for at kritisere den indklagede øjenlæge for manglende diagnosticering af nethindeløsning med henvisning til, at der ikke ud fra objektive fund eller symptomer var sandsynligt, at nethindeløsningen var til stede under patientens konsultationer.

Sag 12 Klage over at øjenlæge overså tegn på nethindeløsning ([0444023P](#))

I maj og august 2001 blev en 69-årig kvinde opereret for grå stær på henholdsvis venstre og højre øje. På grund af grøn stær på begge øjne var patienten jævnlige til kontrol hos en øjenlæge. Den 19. januar 2003 konstaterede øjenlægen, at pupillerne var velafgrænsede, og at der var et godt centralt hul i efterstæren, og han behandlede for grøn stær med øjendråber Xalatan.

Den 31. januar 2003 henvendte patienten sig til en optiker for at få korrigeret sine briller, da hendes syn blev stadig dårligere. Optikeren mente, at der var noget galt i venstre øje, og patienten blev den 1. april 2003 undersøgt hos øjenlægen, som ikke fandt tegn på nethindeløsning.

Den 25. april 2003 blev patienten indlagt på en øjenafdeling og opereret for nethindeløsning.

Der blev klaget over, at øjenlægen havde overset en nethindeløsning.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægens behandling. Nævnet lagde vægt på, at øjenlægen ved undersøgelserne den 21. januar, den 5. februar, den 31. maj og den 10. oktober 2002 foretog rutinekontroller af patientens grå stær opererede øjne og af den forud bestående grønne stær, som blev behandlet med øjendråber. Disse kontroller blev foretaget med følgende undersøgelsesmetoder: synsstyrkebestemmelse, brillemåling, trykmåling, spaltelampe-mikroskopi, inspektion af kammervinklen med kontaktaglas (gonioskopi) og inspektion af synsnerve og nethinde (oftalmoskopi).

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten den 22. oktober 2002 oplyste, at hun havde tiltagende slør for venstre øje, og at øjenlæge den følgende dag fandt behandlingskrævende efterstær i venstre øje, der blev behandlet med laser med umiddelbar effekt.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det ikke var tilstrækkeligt godtgjort, at patienten i perioden fra den 21. januar 2002 til den 1. april 2003 klagede over, at der var noget, der generede hende i venstre øje, og at der i perioden ud fra de oplyste symptomer blev foretaget en korrekt udredning.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at undersøgelse med kontaktglas, som rutinemæssigt anvendes ved mistanke om nethindeløsning, næppe havde givet flere oplysninger. Kontaktglasundersøgelsen (trespejl) er i den tidlige fase af en nethindeløsning af begrænset værdi i et øje med efterstær. Det skyldes, at uklarer i linsekapslen ikke tillader indblik til nethindens periferi, hvor en nethindeløsning som regel begynder.

Nævnet oplyste derudover, at symptomerne den 1. april 2003 var ukarakteristiske for nethindeløsning, og at det derfor ikke var sandsynligt, at nethindeløsningen var til stede denne dag.

Nedenstående sag illustrer, at nævnet i en sag ikke fandt grundlag for at kritisere den indklagede øjenlæge for manglende diagnosticering af nethindeløsning som følge af et sjældent tilfælde af træk på nethinden efter glaslegemesammenfald, da der ikke var objektive fund eller symptomer, der gav grundlag for mistanke om rift i nethinden.

Sag 13 Klage over at nethindeløsning blev overset ([0446805P](#))

Den 23. december 2002 henvendte en 40-årig mand sig hos en øjenlæge på grund af flimren for sit venstre øje. Efter en nærmere undersøgelse konkluderede øjenlægen, at nethinden var tilliggende uden huller, og at der ikke var objektive tegn på sygdom. Øjenlægen vurderede, at symptomerne skyldtes overanstrengelse og nærsynethed, og patienten blev rådet til roligt regime samt fornyet undersøgelse ved ændringer.

Den 3. januar 2003 blev patienten opereret på en øjenafdeling på grund af nethindeløsning på venstre øje.

Den 10. februar 2003 blev patienten igen opereret på øjenafdelingen på grund af ny nethindeløsning på venstre øje. Ved udskrivelsen var synet på venstre øje 0,1.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke undersøgte og behandlede patienten korrekt i december 2002.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægens behandling. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om øjenlægen i forbindelse med undersøgelsen havde foretaget en udmåling af patientens syn samt brillestyrke.

Nævnet lagde vægt på, at patienten oplyste om et opstået lysglimt og pletter i hans venstre øjes synsfelt, og at han var nærsynet og benyttede kontaktlinser.

Nævnet lagde desuden vægt på, at øjenlægen på mistanke om nethindeløsning foretog en undersøgelse af øjet med et oftalmoskop, samt en trespejlsundersøgelse, og at der var lette uspecifikke uklarheder i glaslegemet, ligesom øjennervens gennembrud til nethinden (papilla nervus opticus) samt den gule plet (macula) var naturlige.

Nævnet lagde derudover vægt på, at øjenbaggrunden var let præget af nærsynethed (let myopt præget), og at nethindens periferi ligeledes blev inspiceret og fundet tilliggende. Der blev ikke fundet huller i nethinden.

Nævnet lagde endelig vægt på, at øjenlægen oplyste til sagen, at han foretog en spalteundersøgelse og en undersøgelse af øjets tryk (tonometri), men fik ikke journalført disse undersøgelser på grund af tidspres.

Nævnet oplyste, at en undersøgelse med oftalmoskop og trespejl i detaljer viser de anatomiske forhold i øjets bagerste afsnit. Ved undersøgelse af øjets forreste afsnit foretages spaltelampemikroskopi, og der udføres trykmåling.

Nævnet oplyste desuden, at spontant opståede symptomer som flimren for det ene øje hos nærsynede er et velkendt symptom på sammenfald af glaslegemet (ablatio corporis vitrei) med træk (traktion) på nethinden (retina). Sammenfald af glaslegemet (ablatio corporis vitrei) er en naturlig og i de fleste tilfælde ufarlig aldringsproces, hvorved øjets geléagtige glaslegeme over måneder til år bliver vandigt (liquefaktion) og glaslegemet løsnes fra sin tilhæftning på nethindens periferi (corpusbasen). Ved denne løsrivelse kan der opstå huller (rupturer) i nethinden. Igennem disse huller kan glaslegemets væske i løbet af timer til dage trænge ud under nethinden, som derved løsnes fra øjeæblets væg. Dermed er nethindeløsning udviklet. Risiko for nethindeløsning er større hos nærsynede end hos ikke-nærsynede.

Nævnet oplyste endelig, at hvis hul i nethinden laserbehandles, kan det i de fleste tilfælde forebygge udvikling af nethindeløsning. Når der ikke findes hul i nethinden, gives ingen behandling. Flimren for et øje kan ligeledes være et uspecifikt symptom på sygdom i øjets forreste afsnit, hvorfor en øjenundersøgelse ved dette symptom indbefatter udmåling af syn (sus vi) og brillestyrke (refraktion), trykmåling (tension) af øjet, spaltelampe undersøgelse (mikroskopi) af øjets forreste afsnit samt biomikroskopi af øjets bagerste afsnit med oftalmoskopi og gennemgang af nethindens yderområder med trespejl eller andre optiske instrumenter.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere de involverede læger, idet patientens symptomer i form af blødninger gjorde det vanskeligt at diagnosticere nethindeløsning. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om lægerne havde foretaget en ultralydsscanning af højre øje med henblik på en vurdering af, om nethinden var afløst.

Sag 14 Klage over at nethindeløsning blev opdaget for sent ([0234117A](#))

En 52-årig kvinde havde som ung mistet det meste af synet på venstre øje som følge af en betændelse. Hun blev regelmæssigt kontrolleret hos en øjenlæge på grund af sukkersyge, og i 1992 blev der fundet meget diskrete øjenbaggrundsforandringer på grund af sukkersygen. I perioden fra den 31. august til 3. november 2000 fik patienten laserbehandling for nydannede kar (spredte blødninger) i højre øje. Den 9. januar 2001 fik patienten ved en operation fjernet glaslegemet på grund af fortsatte blødninger samt store nydannede kar i øjet. Den 26. marts 2001 henvendte patienten sig på øjenafdelingen på grund af smerter, ømhed og lysfølsomhed i højre øje. Der blev konstateret regnbuehindebetændelse og iværksat behandling med øjendråber og aftalt fornyet kontrol 4 dage senere. Efter at blødningen i øjet i april 2001 var helet, blev der konstateret en total nethindeløsning. Ved en efterfølgende operation lykkedes det ikke at få sat nethinden på plads.

Der blev klaget over, at lægerne ikke på et tidligere tidspunkt opdagede, at patienten havde nethindeløsning.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om overlægerne den 17. januar og 1. februar 2001 havde foretaget en ultralydsscanning af højre øje med henblik på en vurdering af, om nethinden var afløst.

Nævnet lagde herved vægt på, at det ikke var muligt at fastslå, hvornår nethindeløsningen var opstået.

Nævnet oplyste endvidere, at en ultralydsscanning af glaslegemet kan anvendes med henblik på en konstatering af en eventuel nethindeløsning, men at det imidlertid kan være vanskeligt at adskille blødningsmembraner og nethindeløsning, når der er blødning i glaslegemet.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt det kritisabelt, at en øjenlæge ikke foretog en akut henvisning til videre udredning på en sygehusafdeling, idet patienten ikke umiddelbart viste tegn på en rift i nethinden.

Sag 15 Klage over at nethindeløsning ikke blev opdaget ([0233521P](#))

En 72-årig mand blev den 5. april 2001 undersøgt af en øjenlæge på grund af en synlig blødning i højre øje samt nedsat syn på øjet. Patienten var tidligere blevet opereret for grå stær på begge øjne. Den 10. maj 2001 blev der fundet en afløsning af åre- og nethinde på højre øje med en rift i nethinden samt lavt tryk i højre øje. Patienten blev først behandlet med binyrebark (Prednisolon) tabletter for at få løsningen af årehinden til at gå tilbage inden operationen. Den 17. maj 2001 fik patienten fjernet glaslegemet og fastgjort nethinden samt indsprøjet silikoneolie. Den 26. september 2001 fik patienten fjernet den indsprøjtede silikoneolie, og ved en kontrolundersøgelse den 6. november 2001 var synet på højre øje med korrektion 1/60, og nethinden var på plads.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke foretog en korrekt behandling, idet øjenlægen kun foretog en overfladisk undersøgelse og stillede diagnosen blødning i øjet. Patienten mente endvidere, at han burde have været henvist akut til videre behandling på sygehuset.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling.

Nævnet lagde til grund, at øjenlægen den 5. april 2001 foretog en oftalmoskopi efter udvidelse af pupillen med øjendråber. Det var imidlertid ikke muligt at se nethinden på grund af tæt, diffus blødning i glaslegemet. På grund af muligheden for en rift som årsag til blødningen sendte øjenlægen dagen efter en henvisning til øjenafdelingen med henblik på en ambulante udredning af årsagen til blødningen, da øjenlægen ikke havde fundet en åbenbar årsag.

Nævnet oplyste, at det ikke er almindeligt at henvise patienter akut til behandling på sygehus, medmindre der har været det karakteristiske symptom på en rift i nethinden.

Nævnet lagde vægt på, at patienten ikke på noget tidspunkt klagede over lysglimt eller yderligere synsforværring, som for eksempel skyggefølelse, der kunne begrunde en fremskyndelse af henvisningen.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for kritik af en øjenlæge for ikke at have undersøgt nethinden minutuøst ved en betændelsestilstand.

Sag 16 Klage over at nethindeløsning blev vurderet som værende betændelse i øjet (0235230P)

En 45-årig mand konsulterede den 22. november 2001 en øjenlæge, fordi der gled noget ind over synsfeltet i det højre øje og forhindrede frit udsyn. Øjenlægen oplyste, at sådanne gener var almindelige hos personer med nærsyn, men at de ville forsvinde af sig selv. Den 6. marts 2002 blev der iværksat behandling med binyrebarkhormon øjendråber mod betændelse. Den 15. og 21. marts 2002 blev der konstateret en yderligere forværring af symptomerne, og til sidst forsvandt synet fuldstændigt på patientens højre øje. Den 27. marts 2002 fik patienten konstateret nethindeløsning og henvist akut til operation på et sygehus.

Der blev klaget over, at øjenlægen vurderede, at patienten havde betændelse i øjet, mens der var tale om en nethindeløsning.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægens behandling.

Nævnet oplyste, at der forud for en nethindeløsning (amotio retinae) hyppigt forekommer en skrumpning af glaslegemet, også kaldet glaslegemesammenfald, hvorved glaslegemet mister sin normale kontakt med nethinden. Årsagen til nethindeløsningen er her, at der ved adskillelsen imellem glaslegemet og nethinden kommer en udrift med et hul i nethinden. Glaslegeme-sammenfald kan imidlertid også optræder som en naturlig del af aldringen, hos langt de fleste i 50-60 års alderen, dog noget tidligere hos nærsynede. En nethindeløsning er derimod en meget sjælden øjensygdom, og det er derfor kun forsvindende få tilfælde af glaslegemesammenfald, der fører til nethindeløsning. Derfor er det heller ikke almindelig anerkendt faglig standard, at en øjenlæge skal undersøge nethinden minutuøst ved symptomer på glaslegemesammenfald. Det er i disse situationer tilstrækkeligt at foretage en undersøgelse, hvor nethinden undersøges gennem en dilateret pupil, det vil sige en pupil, der er udvidet ved forudgående drypning med øjendråber og ved hjælp af særligt kraftige linser for eksempel Volk SuperField-linsen.

Endvidere kan nævnet oplyse, at kun i tilfælde, hvor patienten har oplevet synsforstyrrelser tydende på blødning (de røde blodlegemer ses som en sværm af fine, mørke uklarheder) fra en nethinderift eller glaslegemet træk på nethinden (serier af lysglimt som fra en "stjerneaster"), skal øjenlægens undersøgelse suppleres med en undersøgelse af nethinden ved anvendelse af en særlig kontaktlinse (Goldmann's 3-spejl), der placeres direkte på øjet i lokalbedøvelse.

Nævnet lagde vægt på, at øjenlægen ved undersøgelsen den 22. november 2001 udvidede højre øjes pupil med to slags øjendråber og undersøgte glaslegemet og nethinden med en såkaldt Volk SuperField linse. Der blev herved konstateret klumper af uklarheder i glaslegemet og ingen blødninger på eller rifter i nethinden, hvorfor øjenlægen relevant ikke fandt indikation for at foretage en yderligere undersøgelse af nethinden med et såkaldt Goldmanns 3-spejl kontaktlinse.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at patienten den 6. marts 2002 fik ordineret behandling med pupiludvidende øjendråber (skopolamin 0.2 %) på grund af en let abnorm forhøjelse af øjentrykket samt tegn på betændelse i glaslegemet. Den 15. marts 2002 blev der iværksat behandling for tryknedsættelse. Patienten havde et tiltagende sløret syn men ingen mørk skygge i synsfeltet, hvilket er karakteristisk for en begyndende nethindeløsning.

Nævnet oplyste, at en trykforhøjelse på 32 mmHg mod normalt under 20 mmHg kun optræder undtagelsesvist ved nethindeløsning, men er et karakteristisk symptom ved en betændelsestilstand i glaslegemet og/eller i årehinden.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for ikke at have anvendt et såkaldt Goldmanns 3-spejl ved sin undersøgelse, idet øjenlægen i forbindelse med undersøgelsen med en håndholdt linse (VOLK) ikke fandt nogen blødning, hvorfor der ikke var indikation for, at patienten havde en nethinderift.

Sag 17 Klage over manglende diagnosticering af nethindeløsning ([0235210P](#))

En 40-årig mand konsulterede den 21. januar 2002 en øjenlæge på grund af et sløret syn på højre øje gennem 5 dage. Øjenlægen fandt et normalt syn på øjet og vurderede, at der var tale om et glaslegemesammenfald, der ikke skulle behandles. Den 21. februar 2002 fik patienten hos en anden øjenlæge konstateret nethindeløsning, hvorefter han blev indlagt akut på et sygehus og opereret samme dag.

Der blev klaget over, at øjenlægen den 21. januar 2002 vurderede, at patienten ikke havde en behandlingskrævende sygdom i øjet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af øjenlægens behandling.

Nævnet lagde vægt på, at en øjenlæge ved et pludseligt indsættende sløret syn med sorte streger i synsfeltet først og fremmest må mistænke en blødning i glaslegemet.

Nævnet oplyste, at en spontan blødning i glaslegemet hos unge personer helt overvejende forårsages af en rift i nethinden i forbindelse med et såkaldt glaslemegesammenfald, hvor glaslegemet løsner sig fra sin intime kontakt med nethinden og river en snip af denne med sig i faldet. Et glaslegemesammenfald i sig selv kan fremkalde sløret syn og fornemmelse af spindelvæv i synsfeltet, hvorimod streger eller "fluesværn" er udtryk for blødning.

Nævnet oplyste endvidere, at en rift i nethinden i løbet af kort tid kan udvikle sig til en nethindeløsning, idet der gennem riften trænger væske fra glaslegemet ind under nethinden.

Det var nævnets vurdering, at øjenlægen på baggrund af patientens symptomer relevant foretog en undersøgelse med en håndholdt linse (VOLK) som optisk hjælpemiddel, og nævnet fandt, at idet der ikke blev fundet nogen blødning ved undersøgelsen, havde øjenlægen ikke grund til at formode, at der var tale om en nethinderift, hvorfor øjenlægen ikke kunne kritiseres for ikke at have foretaget en undersøgelse med et såkaldt Goldmanns 3-spejl.

3.2.2 Klager i forbindelse med behandling af nethindeløsning

I de følgende redegøres for en sag, der illustrerer nævnets praksis vedrørende behandling af nethindeløsning. Sagen illustrerer, at nævnet i en konkret sag ikke fandt grundlag for kritik af, at der ikke blev foretaget akut operation, da chancen for at genvinde læsesynet trods akut operation var minimal.

Sag 18 Klage over manglende akut behandling ([0230907P](#))

En 69-årig kvinde blev den 17. maj 2001 indlagt akut på en øjenafdeling på grund af en mørk skygge, der havde bredt sig ud over venstre øjes synsfelt. Efter en nærmere undersøgelse fandt en reservelæge, at øjenbaggrunden viste en nethindeløsning på grænsen af centrum. Den næste dag blev patientens sygdomstilfælde forelagt på en morgenkonference, og det blev vurderet, at der ikke var grundlag for akut operation. Patienten blev herefter henvist til at rette henvendelse til sin egen læge, men fordi denne ikke kunne træffes, blev det aftalt, at patienten om mandagen skulle rette henvendelse i en anden øjenafdeling. Patienten blev i maj 2001 opereret.

Der blev klaget over, at lægerne den 18. maj 2001 ikke fandt grundlag for at foretage en akut operation, og som en konsekvens heraf havde patienten fået nedsat synsevnen til 20 % og orienteringssyn til 80 %.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involveret i behandlingen af patienten den 17. og 18. maj 2001.

Nævnet lagde til grund, at der ved morgenkonferencen den 18. maj 2001 ikke blev fundet indikation for operation, fordi den gule plet (macula lutea) havde løsnet sig. Beslutningen blev truffet i overensstemmelse med afdelingens gældende politik på området.

Nævnet oplyste, at operationstidspunktet for en nethindeløsning (amotio retinae) afhænger af, om nethindens mest centrale område, den gule plet (macula lutea) fortsat er tilliggende eller tillige har løsnet sig. Hvis den gule plet fortsat er tilliggende, er der størst chance for at bevare læsesynet, hvis nethinden opereres på plads inden for de første tre døgn efter, at diagnosen er stillet.

Hvis den gule plet på diagnosetidspunktet derimod har løsnet sig, hvilket blandt andet viser sig ved en synsstyrke på 6/60 eller derunder, er chancen for at genvinde læsesynet minimal, hvad enten man opererer samme dag nethindeløsningen konstateres, eller man venter en uges tid. I sådanne tilfælde er det reglen, at man maksimalt opnår en synsstyrke på 6/36, oftest lavere.

Det er nævnets opfattelse at årsagen til, at patientens læsesyn (synsstyrke) efter operationen kun var 20 % af det tidligere (svarende til 6/36) ikke var, at der ikke blev foretaget akut operation, men at hun havde nethindeløsning med løsning af den gule plet, hvor chancen for at genvinde læsesynet trods akut operation var minimal.

4. KLAGER I FORBINDELSE MED GRÅ STÆR

4.1. Generelt vedrørende grå stær

Grå stær er betegnelsen for uklarhed i øjets linse. Grå stær er hyppigst aldersbetinget og tilskrives kemiske forandringer i linsens proteinindhold. Den kan også forårsages af traumer, stråling, medicin, operation på øjet og endelig være medfødt. Symptomerne er sløret syn, blænding i sollys og ved bilkørsel om natten, samt ændringer i øjets brillestyrke. Øjenlægen får mistanke om sygdommen ud fra patientens klager og konstaterer eventuelt nedsat syn, men dette er i begyndelsen ikke et nødvendigt fund. Efter udvidelse af pupillen med øjendråber ses linseuklarheden i reglen nemt ved gennemlysning af linsen.

Behandlingen er operation. Grå stær går ikke væk af sig selv, det bliver kun værre og ender med at patienten kun kan opfatte lys, hvis den ikke bliver behandlet. Operationsteknikken er i dag ultralydsfjernelse af linsens proteinindhold gennem et cirka 3 mm bredt snit i udkanten af hornhinden. Linsens brydende kraft erstattes af en kunstig foldbar acryl- eller siliconelinse med en diameter på 6 mm. Fordelen ved at anvende et foldbart frem for et stift linseprodukt er, at man undgår at udvide snittet, som derved kan lukke sig selv uden syning. Operationen kan udføres ambulant og i en meget overfladisk anæstesi med øjendråber. Komplikationsraten er lav (< 2%). Alvorlige komplikationer er ukontrollabel blødning fra øjets indre og postoperativ infektion (endophthalmit), som optræder hos < 1 %. I 1 % af de opererede øjne udvikles senere nethindeløsning. Opgørelser har vist, at grå stær operation øger ens risiko for nethindeløsning med en faktor 5. Efterstær, det vil sige uklarhed i linsekapslen bagved den kunstige linse, giver symptomer, der minder om den primære grå stær. Det kan i reglen klares med en smertefri laserbehandling, der tager få minutter at udføre. Det opfattes ikke som en egentlig komplikation, snarere som en senfølge.

Hvis patienten er indstillet på det, bør der henvises til operation, så snart der er konstateret grå stær med relevante klager og en normal (lav) operationsrisiko. Der vindes intet ved at vente, men ventetid er på den anden side ikke forbundet med nogen langtidsrisiko for synet. Anderledes stiller indikationen sig ved konkurrerende øjensygdom, såsom degeneration af nethindens centrale, gule plat, regnbuehindebetændelse, hornhindedystrofi, grøn stær samt hvis patienten er énøjet. I så fald må øjenlægen nøje sammen med patienten afveje operationsrisikoen imod udsigten til et bedre syn. Medfødt grå stær hos spædbørn er vigtig at opdage og eventuelt at operere meget tidligt for at undgå varigt nedsat syn. Øjenkirurgisk behandling af småbørn er centraliseret på universitetsafdelingerne.

Øjenlægen skal foruden at informere patienten om operationens forløb planlægge efter patientens ønske, hvilken brillestyrke (slutrefraktion) øjet skal have. Der foretages med ultralyd eller laserapparat en såkaldt biometri af øjets dimensioner, ligesom hornhindens brydning måles. På grundlag af disse data kan den nødvendige styrke af den kunstige linse computerberegnes med en sikkerhed på ± 1 dioptri (brillestyrke). Man kan derved ret præcist forudsige patientens brillebehov efter operationen, og det er muligt at fjerne meget store grader af lang- eller nærsynethed (ex. fra +15 til -30). Der foregår hele tiden en udvikling i linsedesigns, som skal reducere for eksempel tendensen til efterstær eller skadelig stråling på nethinden. Endvidere søger man at skabe den perfekte multifokale kunstige linse, som vil kunne give et ungdommeligt syn uden behov for briller. Indtil nu har dette indebåret optiske kompromiser, såsom nedsat kontrastfølsomhed.

Inden operationen skal patienten informeres om

- at synet de første dage efter operationen kan være sløret på grund af stor pupil eller diset hornhinde (ødem = øget vandindhold i hornhindevævet)
- at farveopfattelsen med den nye linse er langt mere blå end med den biologiske linse, som indeholder et gulfilter. Man vænner sig til det i løbet af maksimum 1 måned.
- at det er vigtigt at henvende sig akut til øjenlæge eller lægevagt ved tegn på begyndende infektion
- at eventuel anden øjensygdom, for eksempel diabetisk, kan forværres af indgrebet
- at risikoen for at udvikle efterstær er mellem 5 og 25 % afhængigt af, hvilket linsemateriale, der anvendes og af eventuel betændelse i øjet bagefter
- at efterbehandling almindeligvis består i drypning af øjet 3 gange dagligt med dråber mod betændelse. Denne behandling gives i 2 – 3 uger.
- at kontrollen af det opererede øje foregår oftest hos den henvisende øjenlæge, som efter 6 uger kan måle ud til nyt brilleglas eller råde patienten til at gå til optiker med henblik herpå.

Længerevarende sygemelding er sjældent nødvendig efter en grå stær operation. Patienten kan genoptage normal livsførelse med det samme, inklusiv let erhvervsarbejde. Folk med tungt eller meget snavset arbejde bør være sygemeldt en uge.

4.2. Konkrete sager i forbindelse med grå stær

4.2.1. Klager i forbindelse med diagnosticering af grå stær og information om behandling.

I det følgende redegøres for en sag, der illustrerer nævnets praksis vedrørende diagnosticering af grå stær og information om behandling. Sagen illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde fandt grundlag for at kritisere, at en øjenlæge ikke diagnosticerede, at en patient havde grå stær, der skulle

opereres. Nævnet lagde her vægt på, at øjenlægen tidligt i forløbet burde have foretaget måling af brydningsfejl og spaltelampeinspektion.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet fandt grundlag for at kritisere, at øjenlægen ikke foretog korrekt information af patienten, idet øjenlægen ikke tidligere i behandlingsforløbet informerede om begyndende grå stær forandringer og muligheden for operativ behandling.

Sag 19 Klage over en øjenlæges manglende diagnosticering af grå stær på begge øjne og information om behandling (0444024P)

En 56-årig kvinde fik hos en øjenlæge den 5. juni 2002 konstateret begyndende grå stær forandringer bagtil i linsen, og at synet var 0,9 og 0,7 med aktuel brille. Der blev aftalt kontrol inden for et halvt år.

Den 11. december 2002 henvendte patienten sig hos øjenlægen, fordi hun ikke syntes, at synet var i orden, idet alt rystede, specielt havde hun problemer med at læse en bog samt at se skilte. Øjenlægen fandt, at patientens nærsynethed hastigt havde udviklet sig, hvilket er et tegn på progression i grå stær forandringer. Øjenlægen ordinerede undersøgelsen suppleret med en måling af brydningsfejl og en spaltelampeinspektion efter udvidelse af pupillerne med øjendråber.

Den 29. januar 2003 henvendte patienten sig atter til øjenlægen og gjorde opmærksom på, at hendes syn var ringe og forespurgte, om det kunne skyldes hendes tunge øjenlåg. Øjenlægen foretog en måling af brydningsfejlen, men foretog ikke spaltelampeinspektion eller målte synsstyrken. Øjenlægen medgav patienten resultaterne med henblik på henvendelse til en optiker.

Den 17. marts 2003 henvendte patienten sig akut til øjenlægen efter at have fået en gren i øjet i forbindelse med havearbejde. Øjenlægen behandlede hende for denne skade med Kloramfenikolsalve.

Den 5. maj 2003 henvendte patienten sig til en optiker med henblik på at få nye briller. Her blev det konstateret, at patienten ved synsprøve igen så dobbelt og sløret på samme måde som ved synsprøven hos øjenlægen. Optikeren anbefalede hende straks at kontakte øjenlægen igen. Da patienten ikke kunne få en tid indenfor en rimelig tidsramme hos øjenlægen, henvendte hun sig til en anden øjenlæge, som fandt, at patienten havde grå stær på begge øjne, specielt på højre øje, som straks burde opereres.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke foretog korrekt behandling af patienten i perioden fra den 5. juni 2002 til den 5. maj 2003, idet øjenlægen ikke diagnosticerede, at patienten led af grå stær på begge øjne.

Nævnet fandt, at øjenlægen den 5. juni 2002 burde have informeret patienten om begyndende grå stær forandringer og drøftet eventuel operation heraf med denne.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere øjenlægens behandling den 11. december 2002, idet øjenlægen burde have foretaget måling af brydningsfejl og spaltelampeinspektion. Nævnet lagde vægt på, at øjenlægen ved denne konsultation kunne have stillet diagnosen grå stær.

Nævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere øjenlægens behandling den 29. januar 2003, herunder at henvisningen til optiker var inkonsekvent, da denne ikke ville kurere problemet. Nævnet lagde her vægt på, at patienten burde have haft valget imellem en stærkere brille og operation.

Nævnet fandt yderligere ikke grundlag for at kritisere øjenlægens behandling af skaden den 17. marts 2003, men grundlag for at kritisere, at øjenlægen ikke målte patientens synsstyrke.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere, at øjenlægen ikke tilbød patienten en akut tid den 5. maj 2003, idet en øjenlæges akuttider er forbeholdt akut opståede synsproblemer og sygdomstilfælde, og et sådant tilfælde udgjorde patientens problem ikke.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at grå stær hos yngre og midaldrende personer oftest er lokaliseret bagtil i linsen i det yderste lag af linsebarken lige under linsekapslen. Det er velkendt, at grå stær bag i linsen i det yderste lag af linsebarken lige under linsekapslen (bage subcapsulær grå stær) hos et yngre individ:

1. giver relativt svære synsgener i forhold til uklarhedernes udseende i spaltelampemikroskopet
2. ofte udvikler sig i ryk og med stor hast, således at patienten i løbet af et halvt år eller endnu kortere tid bliver stærkt synshæmmet
3. ofte er ledsaget af et skred i negativ retning i øjets brydning, så man pludselig oplever at blive nærsynet.

4.2.2. Klager i forbindelse med operation og information om operation for grå stær

I det følgende redegøres for 11 sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende behandling af grå stær. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik i sagerne.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for, at han fandt indikation for operation af en patient for grå stær i en situation, hvor der ligeledes forelå en anden øjenlidelse, nemlig degeneration af nethindens centrale, gule plet. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at det ikke er dokumenteret, at der ved øjne med denne konkurrerende lidelse er en øget risiko for at udvikle blødning ved operation for grå stær. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det var relevant, at øjenlægen vurderede, at det ville vanskeliggøre en vurdering af en eventuel udvikling af degenerationen af nethindens centrale, gule plet, hvis patienten ikke blev opereret for grå stær.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for operationen for grå stær, selvom der efterfølgende opstod en blødning i nethindens centrale, gule plet og en forringelse af synet.

Sagen illustrerer endelig, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans information af patienten, idet han forud for operationen for grå stær havde informeret om den anden øjenlidelse og at han derfor ikke kunne garantere, at patienten ville opnå kørekortsyn ved operationen.

Sag 20 Klage over en øjenlæges operation for grå stær i et tilfælde, hvor der forelå en konkurrerende øjenlidelse (degeneration af nethindens centrale, gule plet) samt klage over øjenlægens information om det synsmæssige resultat af operationen ([0232724P](#))

En 89-årig mand blev den 22. oktober 2001 undersøgt af en øjenlæge med henblik på operation for grå stær på højre øje. Øjenlægen fandt, at øjet frembød en umoden grå stær og lettere degeneration af nethindens centrale, gule plet i den tørre form. Øjenlægen henviste patienten til operation på et sygehus, men på grund af for lang ventetid ønskede patienten privat operation snarest af hensyn til muligheden for at bevare kørekortet.

Den 31. oktober 2001 blev patienten igen undersøgt af øjenlægen, og den 12. november 2001 opererede øjenlægen ham for grå stær på højre øje. Patienten var herefter til ambulante kontrol den 13., den 20. november og den 4. december 2001 samt den 4. januar 2002. Ved kontrollen den 20. november 2001 konstaterede øjenlægen en lille blødning i nethindens centrale, gule plet

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke foretog korrekt operation af patientens højre øje for grå stær den 12. november 2001, idet patienten fire måneder efter operationen så dårligere end før operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans operation af patienten den 12. november 2001, idet der ikke blev påvist tegn på komplikationer ved de ambulante kontroller. Det forhold, at blødningen i patientens øje den 20. november 2001 indfandt sig i tæt tidsmæssig sammenhæng med operationen for grå stær den 12. november 2001, kunne ikke tages til indtægt for, at operationen ikke blev udført korrekt. Der var tale om et tilfældigt sammenfald mellem en korrekt udført operation for grå stær og blødning i nethindens centrale, gule plet. Det var dette sammenfald, som gav patienten den blivende synsføringelse.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der ved aldersbetinget degeneration af nethindens centrale, gule plet også ved den tørre form når som helst og uden ydre foranledning kan optræde en blødning i nethindens centrale, gule plet. Blødningen medfører, at de mest følsomme sanseceller går til grunde og dermed sker en forringelse af synsstyrken. Det er ikke dokumenteret, at øjne med den tørre form løber en øget risiko for at udvikle blødning ved operation for grå stær, som med den i patientens tilfælde benyttede operationsteknik kun giver minimal påvirkning af øjets indre.

Nævnet oplyste endvidere, at en del øjne med degeneration af nethindens centrale, gule plet i den tørre form på et tidspunkt udvikler den våde form, der kan bremses ved behandling med laserstråler. For at man kan se en sådan eventuel udvikling til den våde form, fordrer det, at man har et tilstrækkelig klart indblik til øjenbaggrunden.

Nævnet fandt, at dette aspekt indgik i øjenlægens begrundelse for at råde patienten til operation for grå stær på det højre øje, idet han informerede patienten om, at det fremover ville vanskeliggøre vurderingen af en eventuel udvikling af degeneration af nethindens centrale, gule plet til den våde form, hvis han ikke blev opereret for grå stær.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans anbefaling af operation for grå stær på højre øje, idet patientens syn på højre øje var for dårligt til, at han kunne beholde kørekortet og idet en operation for grå stær på patientens venstre øje tidligere havde forbedret synsstyrken.

Nævnet oplyste, at lægens informationspligt omfattede konkurrerende lidelser/forandringer, der væsentligt kan øve indflydelse på det endelige resultat af en operation. Informationspligten

ved operation for grå stær omfattede således information om tilstedeværende degeneration af nethindens centrale, gule plet.

Nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans information af patienten, da han havde informeret om degeneration af nethindens centrale, gule plet og at han ikke kunne garantere, at patienten ville opnå kørekortsyn ved operation for grå stær.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for, at han fandt indikation for operation af en patient for grå stær i en situation, hvor der ligeledes forelå en anden øjenslidelse, nemlig aldersbetinget degeneration af nethindens centrale, gule plet. Degenerationen af nethindens centrale, gule plet ville bevirke, at patienten formentlig ikke trods operation for grå stær ville få forbedret læsesynet, men da der var udsigt til klar forbedring af orienteringssynet, var det tilrådeligt at operere for grå stær.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for operationen for grå stær, selvom der efterfølgende opstod væsentlig forringelse af synet.

Sag 21 Klage over en øjenlæges indikation for og udførelse af operation for grå stær i et tilfælde, hvor der forelå en konkurrerende øjenslidelse (aldersbetinget degeneration af nethindens centrale, gule plet) ([0341122P](#))

En 62-årig kvinde led af grå stær på venstre øje og var til forundersøgelse hos en øjenlæge den 10. oktober 2002 med henblik på operation. Øjenlægen fandt, at synsstyrken på venstre øje var nedsat til 0,16 på grund af grå stær, idet der kun blev konstateret pigment i nethindens centrale, gule plet. Synsstyrken på højre øje blev målt til 0,5, hvilket svarer til 6/12, det vil sige netop mindstekravet til at føre personbil.

Den 21. oktober 2002 blev patienten opereret af øjenlægen for grå stær på venstre øje. Operationen forløb ukompliceret.

Patienten blev efterfølgende set til kontrol hos øjenlægen den 22. oktober, den 13. november 2002 og den 8. januar 2003, samt hos en anden øjenlæge den 6. november 2002 og den 5. februar 2003. Det blev i dette forløb konstateret, at der var indtrådt en forværring af de aldersbetingede forandringer i den centrale del af nethinden, som patienten led af i forvejen. Dette medførte en betydelig forringelse af synsevnen, således at synet var blevet dårligere end før operationen.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke gennemførte operationen for grå stær på venstre øje korrekt den 21. oktober 2002, idet patienten så meget dårligere efter operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for indikation for operation for grå stær på venstre øje, idet nævnet lagde vægt på, at det var tydeligt, at patienten væsentligst klarede sig med sit højre øje, når hun færdedes. Det var således, uagtet den synlige aldersrelaterede forkalkning af nethinden, relevant, at øjenlægen rådede til operation for grå stær på venstre øje.

Nævnet lagde vægt på, at der er faglige forhold som kan begrunde, at man på et tidspunkt tilråder operation, for eksempel hvis ikke blot læsesynet, men tillige orienteringssynet, som bestemmer patientens evne til sikkert at færdes i trafikken, er forringet. Ofte konstaterer øjenlægen en anden lidelse i øjet, der også giver nedsættelse af synsstyrken, hyppigst den aldersbetingede forkalkning af nethinden. Da vil læsesynet ikke bedres ved fjernelse af den grå stær, men der kan være udsigt til en så klar forbedring af orienteringssynet, at det findes tilrådeligt at operere.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for udførelsen af operationen for grå stær, idet øjenlægen udførte operationen som en fragmentering og udsugning af øjelinsen ved hjælp af ultralyd med efterfølgende indsættelse af en kunstlinse gennem et indsnit i siden af hornhinden. Nævnet lagde endvidere vægt på, at forværringen af den aldersbetingede forkalkning af nethinden ikke direkte kunne henføres til operationen for grå stær.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at selvom en operation for grå stær er forløbet vellykket teknisk set, kan en forkalkning af nethinden forværres så meget i månederne efter operationen, at patienten fornemmer, at synsnedsættelsen har direkte forbindelse med operationen. Det sker hos 10-15 % af patienterne. For at imødegå dette, er der almindelig faglig enighed om, at patienter med synlig aldersrelateret forkalkning af nethinden ikke bør opereres, før synsstyrken (læsesynet) er forringet til omkring grænsen for social blindhed, dvs. en synsstyrke på kun 0,1 - 0.16 (svarende til mellem 6/60 og 6/36), selvsagt med den grå stær som væsentligste årsag til synsnedsættelsen. Da vil nemlig også orienteringssynet være så dårligt uden døre, at patientens førlighed er væsentligt forringet.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for kritik af en øjenlæges operation af en patient for grå stær, selv om patienten blev lettere nærsynet efter operationen.

Sagen illustrerer endvidere, at det var nævnets opfattelse, at der forud for operationen for grå stær bør informeres om, at der efter en laseroperation er en risiko for, at patienten kan få behov for briller for at kunne se helt skarpt på afstand og til læsning.

**Sag 22 Klage over, at en patient blev nærsynet efter en operation for grå stær.
Information forud for operation ([0447503P](#))**

En 81-årig mand blev den 26. august 2003 undersøgt, idet hans syn var blevet mere sløret og tåget med tiden. Han blev anbefalet operation for grå stær på begge øjne.

Den 22. september 2003 blev patienten opereret på højre øje af en øjenlæge. Indgrebet blev udført med såkaldt dråbebedøvelse (lokalbedøvelse).

Den 23. september 2003 fandt øjenlægen tilfredsstillende forhold ved en kontrolundersøgelse af patienten.

Den 29. september 2003 foretog øjenlægen operation af det venstre øje efter samme principper, som det var sket på højre øje en uge tidligere. Dagen efter var der ved kontrol af øjet tilfredsstillende forhold.

Patienten fik efter operationerne konstateret lettere nærsynethed på begge øjne (- 0,50/ - 0,75) hos en praktiserende øjenlæge.

Der var klaget over, at operationerne for grå stær ikke blev gennemført korrekt, idet patienten efterfølgende blev nærsynet. Det var endvidere anført, at operationerne var særdeles smertefulde.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen i forbindelse med operationerne.

Nævnet lagde herved vægt på, at slutresultatet (- 0,50/ - 0,75) ligger indenfor den accepterede usikkerhed, der altid er forbundet med linseberegningen ved en operation for grå stær. Nævnet oplyste i den forbindelse, at der i praksis er en usikkerhed på cirka én brillestyrke (dioptri) til hver side, da det er biologisk optik, som man måler og regner på. Da man helst ikke vil gøre for mange patienter langsynede (plus), vælger man altid en linse, der giver et resultat på minus-siden af nulpunktet (minus 0,25 – 0,5). Det er derfor helt forventeligt, at briller kan blive nødvendige for at se helt skarpt på afstand og til læsning.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det i dag er almindeligt at udføre indgreb for grå stær i dråbebedøvelse. Nævnet oplyste i den forbindelse, at enkelte patienter oplever svie under eller efter operationen, hvilket er et normalt fænomen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans information af patienten forud for operationerne for grå stær. Det var nævnets opfattelse, at det er vigtigt, at en patient inden en laseroperation for grå stær bliver informeret om, at denne skal være forberedt på, at briller kan blive nødvendige for at se helt skarpt på afstand og til læsning. Nævnet fandt ikke grundlag for at fastslå, at øjenlægen ikke havde givet denne information.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for udførelsen af en operation for grå stær. Nævnet fandt, at en efterfølgende blødning under øjets årehinde var et hændeligt uheld i forbindelse med indgrebet.

Sag 23 Klage over en øjenlæges udførelse af operation for grå stær. Komplikation ved operation ([0341127P](#))

En 85-årig kvinde blev den 16. december 2002 opereret af en øjenlæge på venstre øje for grå stær. Operationsforløbet var ukompliceret.

Den 14. januar 2003 blev patienten opereret af øjenlægen på højre øje for grå stær. Det var under operationen ikke muligt at indoperere en linse på grund af en rift i linsekapslen. Derfor blev patienten henvist til en øjenafdeling med henblik på implantation af en anden linse.

Den 15. januar 2003 var patienten til en undersøgelse på øjenafdelingen, hvorunder øjenlægen fandt normale postoperative forhold.

Den 16. januar 2003 blev øjenlægen kontaktet af det plejehjem, hvor patienten boede. Det blev oplyst, at der fortsat var smerter i højre øje. Øjenlægen ordinerede smertestillende tabletter og supplerede den 17. januar 2003 med smertestillende øjendråber. Endvidere afslog patienten den 17. januar 2003 at tage imod et tilbud om at komme ind til en ny undersøgelse hos øjenlægen.

Den 20. januar 2003 kom patienten til ny kontrol på øjenafdelingen. Hun havde i dagene forinden haft mange smerter i højre øje, og øjenlægen konstaterede, at der var opstået indre blødning med afløsning af nethinden. Der var intet syn på højre øje, og tilstanden kunne ikke afhjælpes.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke foretog korrekt operation for grå stær på patientens højre øje, idet der skulle være sket en fejl under indgrebet, som forvoldte så stor skade, at hun i dag er blind på øjet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen, idet nævnet lagde vægt på, at den opståede blødning under årehinden var hændelig og ikke kunne tages som udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed i relation til den udførte operation for grå stær. Nævnet lagde endvidere vægt på, at øjenlægen reagerede relevant på de efter operationen gentagne smerteklager fra patienten, idet øjenlægen blandt andet ordinerede smertestillende medicin og tilbød en yderligere kontrolundersøgelse.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at en rift i linsekapslen er en af de hyppigste komplikationer til operation for grå stær. Linsekapslen anvendes normalt som støtte for den indopererede kunstige linse. Når en rift i kapslen er stor, kan det af og til ikke lade sig gøre at indoperere den kunstige linse ved operationen for grå stær. Det kan derimod ofte lade sig gøre ved et senere indgreb med særlig teknik. Forudsætningen herfor er dog, at der er mulighed for syn på øjet bagefter.

Nævnet oplyste endvidere, at blødning under årehinden er en kendt, men sjælden og uafvendelig komplikation til operation for grå stær. Den kan opstå ved selve indgrebet og i dagene efter. Den medfører ofte total blindhed og desuden smerter. Øjensmerter kan være vanskelige at behandle, selvom der behandles både med tabletter og dråber mod smerter. Selvom en blødning under årehinden kan fjernes ved et kirurgisk indgreb, er der ikke belæg for, at et sådant indgreb kan give syn på øjet. Når øjet er helt blindt opereres ikke en kunstig linse ind i øjet, da det ikke vil give syn på øjet efter operationen.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for, at der under en operation for grå stær opstod hul i den bagerste linsekapsel, idet denne komplikation måtte anses som hændelig.

Sag 24 Klage over, at der under operation for grå stær opstod et hul i den bagerste linsekapsel ([04F023P](#))

En 63-årig kvinde var den 14. november 2002 på en øjenklinik med henblik på en undersøgelse af sine øjne forud for en operation for grå stær på højre øje. Hun blev undersøgt af en overlæge, som konstaterede, at hun havde grå stær i begge øjnes linser. Hun blev forberedt til operation, og en passende linsstyrke blev bestemt. Undersøgelserne viste, at hun ville blive let nærsynet en linsstyrke på 26 dioptri.

Den 27. november 2002 blev patienten opereret på højre øje for grå stær af overlægen. Operationen blev kompliceret af, at der opstod et hul i den bagerste linsekapsel, og patienten blev efterfølgende behandlet for trykforhøjelse i øjet. Efter operationen blev hun mere nærsynet end forventet.

Den 26. marts 2003 henvendte patienten sig atter på øjenklinikken, idet der fortsat var problemer med synet på det opererede øje. Det blev vurderet, at synsproblemerne skyldtes, at den indsatte linse var for stærk, fordi den på grund af den indtrufne komplikation ikke kunne placeres i linsesækken. Desuden havde øjets glaslegeme arbejdet sig frem omkring pupilfeltet og den kunstige linse.

Den 9. april 2003 fik patienten udskiftet linsen og fjernet øjets glaslegeme ved et operativt indgreb. Indgrebet forløb uden komplikationer.

Der var klaget over, at overlægen ikke havde opereret patienten korrekt for grå stær. Det var herved anført, at der gik hul på linsens kapsel, og at der blev isat en linse med forkert styrke.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen i forbindelse med operationen den 27. november 2002 og lagde herved vægt på, at overlægen foretog en operation, der fulgte lægefaglig standard, og at den opståede komplikation i form af hul på linsens kapsel måtte anses som hændelig. Nævnet oplyste i den forbindelse, at man ved operation for grå stær fjerner øjets linse og erstatter den med en kunstig linse. Øjets naturlige linse er placeret i en linsekapsel, som renses for linsemateriale og anvendes til placering af den kunstige linse. Linsens kapsel er meget tynd og svag, hvorfor der ikke sjældent opstår hul i den under indgrebet. Hul i linsekapselen er således en af de hyppigste komplikationer, som opstår under operationer for grå stær.

Nævnet oplyste endvidere, at det, når der ved en operation for grå stær opstår hul i linsekapslen, kan være nødvendigt at placere den kunstige linse foran linsekapslen (sulcusplacering), hvilket i en sådan situation ofte er velegnet til at støtte den kunstige linse. Ved hul i linsens kapsel kan glaslegemet (corpus vitreum), der ligger i øjets bagerste kammer, trænge frem igennem hullet til forreste kammer og blandt andet medføre en skæv pupil. Kirurgen skal sikre sig, at dette ikke er tilfældet ved at indsprøjte pupilsammentrækkende medicin i øjets forreste kammer. Herved holdes glaslegemet tilbage, og det sikres, at pupillen er rund og midtstillet. Hvis glaslegemet er trængt frem, skal kirurgen fjerne dette.

Endelig oplyste nævnet, at det efter en operation for grå stær med komplikationer er en velkendt risiko, at øjets tryk kan være forhøjet. Dette behandles med tryksænkende øjendråber, eventuelt suppleret med tryksænkende tabletter eller kapsler.

For så vidt angår den utilsigtede nærsynethed oplyste nævnet, at der forud for en operation for grå stær foretages udmåling og beregning af styrken på den kunstige linse, der skal indopereres. Der er en vis usikkerhed på disse beregninger svarende til +/- 0,5 dioptri. Det var nævnets opfattelse, at der ikke var fejl i målingerne foretaget ved forundersøgelsen den 14. november 2002, der kunne forklare patientens utilsigtede nærsynethed.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for hans operation for grå stær, selvom der ved operationen opstod et hul i linsekapslens bagvæg, da nævnet anså dette for et hændeligt uheld i forbindelse med indgrebet. Nævnet lagde vægt på, at det var relevant, at øjenlægen herefter valgte at vente med at indlægge den kunstige linse til en efterfølgende operation.

Sag 25 Klage over overlæges indikation for og udførelse af operation for grå stær, hvorunder der opstod brud på linsekapslens bagvæg ([03F003P](#))

Den 25. marts 1997 blev en 76-årig mand opereret for grå stær på højre øje med godt resultat og uden problemer i efterforløbet. Den 26. august 2002 blev patienten undersøgt for grå stær på venstre øje, og der blev ligeledes fundet indikation for operation heraf. Indgrebet blev udført den 19. september 2002, hvorved der opstod et brud på linsekapslens bagvæg.

Den 20. september 2002 oplyste patienten, at han havde haft stærke smerter i øjet under operationens sidste halvdel. Efterforløbet viste, at synet havde taget skade som følge af den komplicerede operation. Hornhinden var blevet uklar, dels som følge af det lange operationsforløb, dels som følge af forbruget af betydelige mængder ultralydsenergi. Der blev ikke fundet indikation for hornhindetransplantation.

Der blev klaget over, at overlægen ikke foretog en korrekt operation den 19. september 2002.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for, at han fandt indikation for operation for grå stær, idet patienten havde ret tæt uklarhed i linsen, som nedsatte synsstyrken på venstre øje til nær blindegrænsen.

Nævnet oplyste, at en operation for grå stær udføres ved, at man gennem et ganske smalt, vandret indsnit i senehinden eller hornhinden frembringer en cirkelrund åbning fortil i linsekapslen, der omgiver det uklare linseindhold. Derefter indføres et instrument, der sender

ultralydbølger igennem den uklare, hårde linsekerne, så at denne sønderdeles og opsuges gennem samme instrument tillige med den bløde linsebark, der omgiver kernen. Tilbage bliver så linsekapslen, en tynd, glasklar hinde, der så bruges som fæste for en kunstig linse med samme optiske styrke som den fjernede linse.

Nævnet oplyste endvidere, at det ikke er muligt på forhånd at bedømme en linsekernes hårdhed, og dermed ikke muligt at tage særlige forholdsregler. Ved brud i linsekapslens bagvæg vil noget af glaslegemet presse sig frem gennem pupillen, og i et sådant tilfælde vil man oftest vælge at vente med at indlægge den kunstige linse til en senere operation.

Nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere overlægen for udførelsen af operationen. Under operationen opstod der brud på linsekapslens bagvæg, og overlægen valgte derfor at vente med at indlægge den kunstige linse ved en senere operation. Det forhold, at der opstod et brud på linsekapslens bagvæg under indgrebet betragtede nævnet som et hændeligt uheld.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for en operation for grå stær, hvorunder der opstod en rift i linsekapslen, og hvor patienten efterfølgende udviklede en bristning i nethinden (maculahul).

Sag 26 Hul i nethinden ikke anset som forårsaget af operation for grå stær, hvorunder der opstod en rift i linsekapslen ([0339627P](#))

En 74-årig kvinde var henvist til ambulans-operation for grå stær hos en øjenlæge.

Den 2. november 2002 foretog øjenlægen en forundersøgelse med biometri og linseberegning.

Den 7. november 2002 vurderede øjenlægen synsstyrken og fandt ved spaltlampeundersøgelse, at der var grå stær på højre øje, som svarede til synsnedsættelsen på øjet. Øjenlægen udførte operationen for grå stær i lokalbedøvelse, og i forbindelse med operationen opstod der en rift i linsekapslen. Der skete ikke i den forbindelse fremfald af øjets glaslegeme.

Den 8. november 2002 fandt øjenlægen ved kontrol et pseudohul i nethinden svarende til området for skarpsynet (et pseudohul i makula).

Efterfølgende blev patienten fulgt på øjenambulatoriet på et sygehus, hvor der blev konstateret et hul i øjenbaggrunden (makulært hul).

Der var klaget over, at øjenlægen ikke foretog korrekt operation af patienten, idet hun efterfølgende mistede synet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at den rift på linsekapslen, der opstod under operationen, måtte anses som en hændelig komplikation, som ikke kunne lægges øjenlægen til last. Nævnet lagde videre vægt på, at der ikke var årsagssammenhæng mellem riften i linsekapslen opstået ved operationen for grå stær og udviklingen af det makulære hul.

Nævnet oplyste, at der ved rift i linsekapslen kan ske fremfald af glaslegemet (corpusprolaps) i det forreste øjenkammer. Dette kan i sjældne tilfælde fremkalde en rift i nethinden. Derfor skal et glaslegemefremfald fjernes under operation ved såkaldt vitrektomi, inden en kunstig linse implanteres. Undgå fremfald af glaslegeme ved rift i linsekapslen kan den kunstige linse derimod implanteres uden yderligere foranstaltninger.

Nævnet oplyste videre, at et makulært hul betegner en lille bristning af nethinden i centrum af den gule plet (macula lutea), hvor det skarpeste lys opfattes. Det opstår som følge af en trækpåvirkning fra glaslegemet, der forandres og skrumper som led i aldringen og kan ses hos omkring én procent af kvinder over 75 år.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for en operation for grå stær, hvorunder der indtrådte komplikation i form af beskadigelse af tråde (zonulatråde), således at kapselsækken med den indsatte linse var forskudt nedadtil. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for en efterfølgende operation, men fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om øjenlægen havde skabt hul i regnbuehinden.

Sagen illustrerer endvidere, at der ikke var pligt til at informere om risiko for en skæv placering af den kunstige linse samt hængende øjenlåg efter en operation for grå stær, idet der er tale om alvorlige, men sjældent forekommende komplikationer, som der almindeligvis ikke informeres om.

Sag 27 Klage over komplikationer ved operation for grå stær. Information om komplikation ([0447026P](#))

En 48-årig mand blev den 26. oktober 2001 undersøgt af en øjenlæge med henblik på operation for grå stær på venstre øje. Synsstyrken på venstre øje var uden briller 0,3. Der blev udmålt brydningsstyrke på den foldbare bagkammerlinse, der skulle indopereres.

Den 26. november 2001 udførte øjenlægen operationen, hvorunder han fjernede den grå stær og indsatte bagkammerlinsen i kapselsækken.

Den 21. december 2001 konstaterede øjenlægen, at der under operationen den 26. november 2001 var sket beskadigelse af tråde (zonulatråde), således at kapselsækken med den indsatte linse var forskudt nedadtil. Derfor udskiftede han den 14. januar 2002 bagkammerlinsen med en forkammerlinse gennem det operationssår, der var anvendt ved operationen den 26. november 2001.

Det viste sig, at forkammerlinsen ikke var kommet rigtig på plads, hvorfor en tredje operation blev udført den 21. januar 2002, hvor linsen blev anbragt korrekt.

Fra 17. februar 2002 blev patienten behandlet for øget tryk i venstre øje med øjendråber, og ved hjælp af laser blev der den 18., 25. og 27. februar 2002 lavet 3-4 huller nedadtil i regnbuehinden.

Den 19. marts 2002 fandt øjenlægen en synsstyrke på venstre øje, der var større end 1,0 med briller og normalt tryk i øjet.

Den sidste konsultation hos øjenlægen var den 11. juni 2002, hvor patienten klagede over falsk lys i venstre øje.

Der var klaget over, at øjenlægen den 26. oktober 2001 og den 14. januar 2002 ikke foretog korrekt operation af patienten, idet han ikke placerede linsen korrekt, og idet han undlod at foretage huldannelser i regnbuehinden. Der var endvidere klaget over, at øjenlægen ikke foretog korrekt information af patienten forud for indgrebene, idet han ikke informerede om, at der var risiko for efterfølgende synsforstyrrelser i øjet og risiko for, at øjenlåget kunne komme til at ligge lavere end på det andet øje.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling af patienten den 26. november 2001 og 14. januar 2002. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om øjenlægen ved operationen den 14. januar 2001 havde skabt hul i regnbuehinden.

Nævnet oplyste, at den gængse operationsteknik for grå stær i Danmark er ultralyd med indoperation af kunstig linse i øjets bagkammer. En sjælden komplikation i forbindelse med er brist af tråde, som holder kapslen på plads bag pupilfeltet. Oftest kan den kunstige linse alligevel indopereres tilfredsstillende i kapslen med central placering i pupilfeltet. Ved

indgrebets afslutning kan den kunstige linses placering være korrekt, og ved en senere kontrol kan den være skævt placeret med behov for udskiftning.

Nævnet oplyste videre, at der ved indoperation af kunstig linse i øjets forkammer i stedet for øjets bagkammer almindeligvis skabes 1-2 huller i regnbuehinden for at undgå en velkendt, men sjælden komplikation i form af udvikling af afløbsblokering i pupillen (pupilblok) med deraf følgende akut grøn stær. Indikationen for at skabe hul i regnbuehinden er dog ikke absolut, da man har mulighed for at skabe sådanne huller ved hjælp af laser efter en operation.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans information af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at en skævt placeret kunstig linse og hængende øjenlåg er alvorlige, men sjældent forekommende komplikationer, som der almindeligvis ikke informeres om forud for operation for grå stær.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for at finde indikation for operation af grå stær, idet han fandt betydelig synsnedsættelse på øjet.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for udførelsen af operationen for grå stær. Nævnet lagde herunder vægt på, at de anvendte materialer og præparater var relevante, og at der blev anvendt et relevant antibiotikum ved operationens afslutning.

Sagen illustrerer dertil, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere overlægen for at finde indikation for re-operation, da han konstaterede, at der var opstået en komplikation i form af forskydning af linsen. Sagen illustrerer endelig, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling af patienten efter re-operationen. Nævnet lagde herunder vægt på, at et modereret forhøjet tryk i et øje ikke i alle tilfælde giver anledning til tryknedsættende behandling.

Sag 28 Klage over overlæges indikation for og udførelse af operation og re-operation for grå stær samt klage over hans behandling efter re-operation ([0342119P](#))

En 71-årig mand blev den 24. september 2001 henvist til en øjenafdeling med henblik på operation for grå stær på venstre øje. Den henvisende læge havde ligeledes fundet forhold på øjnene, der tydede på grøn stær, og han behandlede herfor med øjendråber.

Ved undersøgelsen fandt en overlæge, at der kunne være tvivl om diagnosen grøn stær, og han standsede derfor behandlingen herfor, og aftalte tid til kontrol efter en uge.

Den 8. februar 2002 fandt overlægen dog indikation for at tilbyde operation for grå stær på venstre øje, idet han fandt betydelig synsnedsættelse. Operationen for grå stær blev udført af overlægen den 27. februar 2002 med ultralydsteknik i lokalbedøvelse. Operationen forløb uden komplikationer, og der blev indsat en foldbar silikone-linse og operationen blev afsluttet med indsprøjtning af et antibiotikum (Zinacef) i øjets forreste kammer. Ved ambulans kontrol dagen efter blev der fundet tilfredsstillende forhold, og den videre kontrol foregik hos en praktiserende øjenlæge.

Patienten blev på ny henvist til øjenafdelingen den 3. juni 2002, idet den indsatte linse havde forskudt sig efter operationen for grå stær. Overlægen vurderede, at der var grundlag for at foretage en re-operation med tilbageføring af linsen eller udskiftning af linsen. Den 11. juni 2002 blev linsen fjernet ved re-operation og udskiftet med en ny. Ved operationen udskiftede overlægen den skævt placerede linse, og det fremfaldne glaslegeme blev fjernet, hvorefter den kunstige linse kunne løftes op og fjernes. Der blev indsat en stiv acryllinse, og der blev ordineret tryknedsættende tabletter (Diamox).

I efterforløbet var der problemer med smerter og for højt tryk i øjet (grøn stær), som blev behandlet medicinsk med øjendråber den 12. juni 2002. Den 14. juni 2002 fandt en anden overlæge, at hornhinden var uklar og øjet meget irriteret, hvorfor han ordinerede lokalt smertestillende og tryknedsættende dråber, og behandlingen med øjendråber mod betændelse blev intensiveret. Den 18. juni 2002 ordinerede overlægen pupiludvidende dråber, da øjet fortsat var ret irriteret. Synsstyrken på øjet var efter operationen nedsat. Ved sidste kontrol i øjenafdelingen den 9. december 2002 forventede man spontan bedring.

Der blev klaget over, at lægerne den 8. februar 2002 fandt indikation for operation til trods for, at patienten ingen synsgener havde og over, at lægerne den 27. februar 2002 ikke foretog en korrekt operation, idet patienten efterfølgende måtte reopereres på grund af, at linsen sad forkert.

Der blev endvidere klaget over, at lægerne ikke foretog en korrekt reoperation den 11. juni 2002, idet patienten fortsat efter operationen ikke kunne se noget, da hans synsnerve var beskadiget. Der blev endelig klaget over, at lægerne efter operationen ikke gav patienten øjendråber på grund af forhøjet tryk i øjnene.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for at efterprøve diagnosen grøn stær ved at afbryde behandlingen med øjendråberne, idet trykmålinger ikke bestyrkede mistanken om grøn stær.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at grå og grøn stær ofte optræder samtidig i et øje, men tager et noget forskelligt og uforudsigeligt forløb. Grå stær (linseuklarheder) bliver som regel kun tættere og mere generende for synet med tiden. Derfor anbefaler øjenlægerne i dag i stigende grad operation straks diagnosen er stillet, idet synet kun vil blive dårligere og dårligere ved at vente. Dog skal patientens egen beskrivelse af symptomerne indgå i vurderingen. Grøn stær (synsnervesvind på grund af syg trykregulation i øjet) er oftest en kronisk snigende tilstand med et sommetider meget svingende forløb. Sygdommen har gerne et langt symptomfattigt forløb, inden diagnosen bliver stillet. Det kræver oftest adskillige gentagne undersøgelser at fastslå diagnosen med sikkerhed. Mange patienter har fået stillet diagnosen grøn stær på et for usikkert grundlag og bliver derfor overbehandlet. Det er således ikke overraskende, at to øjenlæger kan være uenige om diagnosen.

Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere, at overlægen fandt indikation for operation af grå stær på venstre øje den 8. februar 2002, idet han fandt betydelig synsnedsættelse på øjet.

Nævnet fandt ligeledes ikke grundlag for at kritisere overlægen for udførelsen af operationen den 27. februar 2002. Nævnet lagde herunder vægt på, at de anvendte materialer og præparater var relevante, og at der blev anvendt et relevant antibiotikum ved operationens afslutning.

Nævnet oplyste, at en førstegangsoperation for grå stær med dagens teknik er uhyre sikker, men ikke 100 % fri for komplikationer. Bristninger i linsetråde eller linsekapsel forekommer hos ½-2 % af erfarne kirurgers patienter, og i nogle tilfælde må der reopereres, især hvis glaslegememateriale søger frem i øjets forreste afsnit (bag hornhinden).

Nævnet oplyste videre, at det at linsen nogle måneder senere måtte udskiftes på grund af decentrering, ikke nødvendigvis skyldes en lægefejl under den første operation. Små bristninger i linsens ophængsapparat kan forekomme, uden at operatøren umiddelbart opdager det. I de fleste tilfælde får de ingen konsekvens for patienten.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for at finde indikation for re-operation den 3. juni 2002, da han konstaterede, at der var opstået en komplikation i form af forskydning af linsen. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere overlægen for re-operationen den 11. juni 2002. Nævnet lagde i den forbindelse blandt andet vægt på, at det var relevant, at der blev ordineret tryknedsættende tabletter (Diamox), da der forventedes en vis trykstigning i øjet.

Nævnet fandt endelig ikke grundlag for at kritisere overlægen for hans behandling af patienten efter operationen den 11. juni 2002. Nævnet lagde herunder vægt på, at et modereret forhøjet tryk i et øje ikke i alle tilfælde giver anledning til tryknedsættende behandling.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde fandt, at det ikke var udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed hos en øjenlæge, at noget af regnbuehinden gled ud gennem operationssåret under en operation for grå stær.

Sag 29 Klage over operation for grå stær, hvorunder noget af regnbuehinden gled ud gennem operationssåret ([05F042P](#))

En 71-årig kvinde blev den 17. februar 2003 opereret for grå stær på venstre øje af en overlæge. Under operationen gled noget af regnbuehinden (iris) ud gennem operationssåret (incisionen), som ved operationens afslutning blev syet.

Ved en kontrol den 20. februar 2003 hos overlægen klagede patienten over lidt irritation i venstre øje. Overlægen fandt, at incisionen var tæt, og at hornhinden var klar. Pupillen var midtstillet, og den implanterede linse var centreret. Overlægen fandt desuden, at regnbuehinden (iris) var læderet i det område, hvor regnbuehinden var gledet ud gennem operationssåret under operationen. Patienten blev informeret om, at den anbragte tråd kunne fjernes efter 3 måneder.

Der var klaget over, at overlægen ikke foretog en korrekt operation for grå stær. Det var herved anført, at patienten efter operationen havde fået stærke smerter i begge øjne. Endvidere var det anført, at overlægen ved en fejl skar to forskellige steder i venstre øje, og at der var en sviende fornemmelse i dette øje.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen og lagde herved vægt på, at den opståede komplikation i form af udbuling af regnbuehinden (irisprolaps) ikke var udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed fra overlægens side. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det er en velkendt komplikation ved operation for grå stær, at noget af regnbuehinden kan glide ud gennem operationssåret (irisprolaps). Regnbuehinden bringes herefter tilbage til sin korrekte placering i øjets forreste kammer, og operatøren kan i den situation vælge at sy operationssåret sammen. Hermed sikres det, at regnbuehinden også efter indgrebet er korrekt placeret, og dermed at pupillen ikke bliver skæv.

Efter operationen kan det som oftest konstateres, at regnbuehinden er skadet i det område, som har været ude i operationssåret. Dette har dog kun yderst sjældent betydning for pupillen

og synet og giver ikke anledning til smerter eller ubehag. Dette er navnlig tilfældet, når det efter operationen kan konstateres, at pupillen er midtstillet, hvilket er udtryk for, at regnbuehinden ligger på sin rette plads. Tråden i operationssåret kan derimod give anledning til ubehag og en fornemmelse af, at der er grus i øjet. Dette forsvinder med tiden, eller når tråden fjernes.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for hans operation for grå stær, hvorunder patienten besvimed. Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt øjenlægens information om operationen forud for foretagelse af denne kritisabel, idet patienten havde frabedt sig information.

Sag 30 Klage over overlæges operation for grå stær uden bedøvelse samt information forud for operation ([0128404P](#))

En 44-årig mand var den 22. marts 2000 til forundersøgelse, idet han skulle opereres for grå stær. Han havde fået tilsendt skriftlig information, og han fik mundtlig information om risici af øjenlægen. Patienten var nervøs for operationen og ville ikke vide for meget.

Den 22. maj 2000 opererede overlægen patienten for grå stær på venstre øje, og operationen blev indledt med lokalbedøvelse med creme. Efter at overlægen var gået ind i forreste øjenkammer efter snit i hornhinden, blev patienten dårlig og besvimed, og operationen blev standset. Patienten blev observeret, og han fik det hurtigt bedre. Overlægen opfattede besvimelsen som udløst af en refleks (vasovagalt tilfælde), og han udskrev patienten med aftale om kontrol dagen efter. Efter hjemkomsten fik patienten stærke smerter i det venstre øje samt kvalme og opkastninger. Der blev konstateret forhøjet tryk i øjet, og han blev opereret akut den 23. maj 2000.

Den 22. juni 2000 blev det overvejet, at udføre en operation med indsættelse af en større linse end den, der var blevet indsat den 23. maj 2000.

Der blev klaget over, at overlægen ikke anvendte bedøvelse, hvilket medførte store smerter og at overlægen udskrev patienten på trods af smerter i øjet.

Der blev endvidere klaget over, at overlægen ikke informerede patienten tilstrækkeligt i forbindelse med operationen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for operationen den 22. maj 2000.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at det i mindre end 1 ud af 1000 øjenundersøgelser forekommer, at patienten besvimer, og at bevidstheden næsten altid genvindes efter kort tid, når patienten kommer ned at ligge. Trykstigning i øjet de første 24 til 48 timer er et velkendt fænomen, og den giver typisk smerter i og omkring øjet ofte ledsaget af ubehag i maven, kvalme og opkastninger. Der er typisk dårligt syn under trykstigningen, men kun sjældent blivende synsnedsættelse. På et øje, der samme dag er åbnet med et knivsblad, er det i langt de fleste tilfælde meget enkelt at nedsætte trykket, idet man blot behøver at trykke bagerste sårlæbe lidt bagud med et sterilt instrument efter passende lokalbedøvelse. Hvis patienten ikke formodes at kunne medvirke hertil, bliver det straks mere vanskeligt, idet man så må benytte medicin, der måske først har effekt efter flere timer.

Nævnet oplyste videre, at det er velkendt, at der kan forekomme læsion af de tynde tråde, som øjets linse er ophængt i. Hvis disse tråde er beskadigede, kan linsen forskubbes mere eller mindre i øjet. Hvis der ikke er særlige lidelser i øjet foruden den grå stær, fremkommer beskadigelsen af trådene som regel først et stykke hen i operationsforløbet.

Nævnet lagde vægt på, at patienten fik Stesolid i beroligende øjemed, og at man valgte en bedøvelsesform, der ikke indebar indstik ved øjet med en kanyle, idet patienten var meget nervøs.

Nævnet oplyste, at hvis man er sikker på, at det drejer sig om en ganske uskyldig besvimelse, vil det i og for sig være muligt at fortsætte operationen, hvis både patient og kirurg er indstillet på denne mulighed. I den akutte situation kan der imidlertid lige så vel være tale om eksempelvis en akut hjertesygdom, hvorfor det korrekte vil være at afbryde operationen for at fortsætte denne på et senere tidspunkt. Når det efterfølgende viser sig, at der ikke er grund til at formode nogen alvorlig sygdom, da er det relevant, at patienten sendes hjem, hvis man er overbevist om, at patienten vil henvende sig igen i tilfælde af tegn på komplikationer.

Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at overlægen, da der ikke efterfølgende var grund til at formode nogen alvorlig sygdom, og efter patienten var faldet til ro, sendte ham hjem med information om at henvende sig igen næste dag. Endelig lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at der blev givet øjendråber mod forhøjet øjentryk.

For så vidt angår klagen over information fandt nævnet ikke grundlag for at kritisere overlægen, idet nævnet lagde vægt på, at der før forundersøgelsen var udsendt en informationsfolder med orientering om operationen, de dertilhørende praktiske omstændigheder, risici og efterforløbet. Nævnet lagde endvidere vægt på, at overlægen ved

forundersøgelsen havde forsøgt at informere patienten mundtligt om operationen, men at patienten var nervøs for operationen og ikke ønskede at få for meget at vide.

Nævnet bemærkede, at der i sådanne tilfælde må ske en afvejning af, at overlægen på den ene side er forpligtet til af egen drift at informere, mens patienten på den anden side har krav på at blive respekteret, hvis han utvetydigt frabeder sig at få information. Nævnet fandt således, at overlægen relevant forsøgte at informere patienten, men at dette ud fra patientens ret til at frabede sig information ikke fuldt ud var muligt.

Nævnet lagde endelig vægt på, at patienten ved hjemsendelsen fik besked på at henvende sig næste dag, og det af det udleverede informationsmateriale fremgik, at man ved problemer efter operationen, for eksempel ved forværring af synet eller smerter, skulle ringe til overlægen, ligesom man var velkommen til at ringe, hvis man var urolig.

4.2.3. Klager i forbindelse med behandling og information efter operation.

I det følgende redegøres for 2 sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende behandling efter operation og information efter operation.

I den ene af sagerne fandt nævnet grundlag for kritik af behandling, i den anden sag fandt nævnet grundlag for kritik af information.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for dennes behandling af en patient med akut opstået betændelsestilstand efter en operation for grå stær.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet ikke fandt grundlag for at kritisere en 1. reservelæge, der efterfølgende tilså patienten. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om 1. reservelægen havde undersøgt patienten straks, da han blev informeret om hendes ankomst på sygehuset.

Sag 31 (ref. sag 39) Klage over øjenlæges opfølgning på betændelsestilstand efter øjenoperation ([0229204A](#))

En 64-årig kvinde blev opereret af en øjenlæge for grå stær. 2 dage efter operationen fik hun stærke smerter svarende til det opererede øje. Hun blev efterfølgende set af øjenlægen, der fandt, at der var tale om en akut betændelsestilstand og henviste hende til akut undersøgelse på et sygehus. Imidlertid kontaktede han ikke det sygehus, der havde vagten den pågældende dag. Han fik ved henvendelsen ikke kontakt til en læge, men afgav rapport til en sekretær. Herefter blev patienten sendt til sygehuset, hvor hun ventede med henblik på undersøgelse.

Efter at have ventet et stykke tid blev hun tilset af en 1. reservelæge, der fandt det nødvendigt at operere. Da der ikke var vagtberedskab til dette på det pågældende sygehus, blev hun overflyttet til det sygehus, der havde vagten. Ambulancen blev bestilt og ankom 40 minutter senere. Patienten blev efterfølgende opereret, men mistede synet på øjet.

Der blev klaget over, at operationen for grå stær ikke blev foretaget korrekt, idet der efterfølgende udviklede sig en infektion, og over at patienten måtte vente 3 timer på sygehuset, før hun blev undersøgt, samt over at der ikke blev bestilt et udrykningskøretøj, da patienten skulle overflyttes til et andet sygehus.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægens operation for grå stær. Nævnet lagde vægt på, at operationen var blevet udført i overensstemmelse med gængs teknik og med en kunstig linse fra et anerkendt firma, og at der ved operationens afslutning blev givet Tobradex øjensalve. Nævnet fandt endvidere ikke grundlag for at kritisere informationen, idet det fremgik af journalen, at der var talt om fordele og ulemper, ligesom der var blevet udleveret skriftligt informationsmateriale.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægens behandling ved undersøgelsen forud for henvisningen til sygehuset. Nævnet lagde vægt på, at patienten mødte i klinikken umiddelbart efter et telefonopkald hertil, men først blev tilset cirka 3 timer senere, idet øjenlægen var ude og foretage laseroperationer. I den forbindelse fandt nævnet, at øjenlægen burde have instrueret sin medhjælp om straks at tage kontakt til ham ved henvendelse fra en patient med stærke smerter efter en øjenoperation. Nævnet lagde endvidere vægt på, at øjenlægen ikke henviste patienten til det sygehus, der havde vagten den pågældende dag, og at han afgav rapport til en sekretær frem for en læge.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at smerter og rødme af øjet samt nedsat syn er karakteristisk for en intraokulær reaktion efter operation (panophthalmi), og at denne tilstand er yderst farlig og udvikler sig i løbet af ganske få timer, og at selv en telefonisk henvendelse bør føre til henvisning til relevant afdeling straks, hvis øjenlægen ikke selv kan se patienten indenfor meget kort tid.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den 1. reservelæge, der tilså patienten på sygehuset. Nævnet lagde vægt på, at 1. reservelægen tilså patienten 30 minutter efter, han havde fået besked om hendes ankomst, og at han her iværksatte relevant behandling. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om 1. reservelægen havde undersøgt patienten straks, da han blev informeret om hendes ankomst, idet der var tale om en alvorlig og let

konstaterbar tilstand. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at der ikke var blevet bestilt udrykningskøretøj.

Der blev afgivet dissens i sagen.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for efter en operation af en patient for grå stær at afslutte behandlingen og anbefale patienten at købe nye briller uden at fjerne operationsstingene i hendes højre øje. Nævnet lagde her vægt på, at der ikke var grund til at fjerne nylontråde i øjet efter operationen, da de optiske forhold i patientens øje havde været stabile ved 3 kontroller, og at det derfor var korrekt at anbefale nye briller.

Sagen illustrerer endvidere, at nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen for ved afslutningen af behandlingen at undlade at informere patienten om, at hun stadig havde sting i øjet, som skulle fjernes.

Sag 32 Klage over overlæges behandling og information efter operation for grå stær (0232307P)

En 64-årig kvinde blev af en øjenlæge under diagnosen dobbeltsidig grå stær henvist til en undersøgelse på en øjenafdeling.

Den 5. oktober 2000 blev patienten undersøgt ambulant af en overlæge, som fandt grå stær på begge øjne, men mest udtalt på højre øje. Overlægen foretog operationen den 24. oktober 2000, og den blev udført i lokalbedøvelse med implantation af en kunstig linse. Overlægen valgte på grund af et stort pres i øjet, at anvende en meget tynd nylontråd i stedet for den sædvanlige selvopløsende tråd til at lukke snittet i hornhinden. Operationen forløb planmæssigt, men på grund af uro under operationen fra patientens side var det dog nødvendigt at efterlade små rester af linsekapslens. Disse rester resorberes normalt gradvist af sig selv efter operationen.

Efter operationen blev patienten i perioden fra den 25. oktober 2000 til den 29. januar 2001 fulgt af overlægen ved 7 ambulante kontroller. Herefter blev patienten afsluttet fra øjenafdelingens side. Hun havde da et syn på 0,7 på højre øje med korrektion, og der var klart indblik i øjet og en pæn øjenbaggrund.

Der blev klaget over, at overlægen den 29. januar 2001 afsluttede behandlingen af patienten og anbefalede hende at købe nye briller uden at fjerne stingene i hendes højre øje eller informere hende om, at hun stadig havde sting i øjet, som skulle fjernes.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen for hendes behandling, idet de optiske forhold den 29. januar 2001 havde været stabile ved 3 på hinanden følgende kontroller.

Nævnet fandt dog grundlag for at kritisere overlægen, idet nævnet ikke fandt det tilstrækkeligt godtgjort, at overlægen havde informeret patienten om, at det ved operationen kunne blive nødvendigt at anvende nylontråd og i kontrolperioden efter operationen om, at tråden skulle fjernes ved øjengener.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der ved den mest almindelige operationsform for grå stær sædvanligvis bliver anlagt et snit, som kun er få millimeter bredt, og som enten slet ikke behøver syning eller blot lukkes med en ganske tynd tråd. Denne tråd går i opløsning og forsvinder af sig selv inden for få uger efter operationen.

Det er imidlertid hos et fåtal af patienter med grå stær nødvendigt at forstærke såret ved syning med en tråd af nylon, som ikke opløses. Nylontråden er tyndere end den opløselige tråd (cirka 10 my (en hundrededel af en millimeter)), og den giver derfor kun sjældent anledning til ubehag. Til gengæld giver den en stramning i såret, som medfører en lille skævhed af hornhindens form og dermed en optisk brydning, det vil sige en bygningsfejl. En bygningsfejl medfører en fortegning af billedet, som må rettes med specielle, brilleglas til henholdsvis afstands- og læsebrug. Hos de fleste patienter aftager bygningsfejlen dog i løbet af et par måneder efter en operation, og derfor venter øjenlæger almindeligvis med at ordinere briller til patienter, der er syet med nylonsting, indtil de har konstateret, at de optiske forhold er stabile som i det foreliggende tilfælde.

Nævnet oplyste endvidere, at det hos nogle patienter, som er blevet syet med nylontråd, kan være nødvendigt at fjerne stingene efter stabiliseringen af de optiske forhold. Det er derfor almindelig praksis senest ved den afsluttende kontrol at informere patienter, der er syet med nylontråd om dette forhold, samt at informere dem om, at patienternes egen øjenlæge kan fjerne nylontråden senere, hvis tråden skulle volde gener.

5. KLAGER I FORBINDELSE MED GRØN STÆR

5.1 Generelt om grøn stær

Det lægelatinske navn for grøn stær er glaukom. Det er en betegnelse for en synsnedsættelse, der primært rammer det perifere syn pga. svind af synsnervetråde. Der er tale om en fremadskridende kronisk sygdom, som i de fleste tilfælde er forbundet med en grad af trykforhøjelse i øjets indre. Behandlingen sigter derfor mod at standse eller forsinke synsnervesvindet (atrofien) ved at sænke øjets tryk med øjendråber eller kirurgi.

Øjets indre væsketryk – *det intraoculære tryk (IOP)* – vedligeholder øjets runde facon og skabes ved en nøje afstemt balance mellem produktionen af kammervand og dets afløb gennem fine kanaler beliggende under hornhindens overgang til den hvide senehinde. Tilstande med forhøjet øjentryk (> 21 mm Hg) og samtidig fremadskridende svind af synsnerven kaldes under ét *glaukom*.

Der findes fire hovedtyper af denne sygdom:

1. primært kronisk åbenvinklet glaukom
2. primært lukket-vinkel glaukom
3. glaukom sekundært til anden øjensygdom
4. medfødt glaukom (pga. sjældne misdannelser i øjets forreste afsnit)

Glaukom hos børn er uhyre sjældent og behandlingen en specialistopgave.

Grøn stær optræder typisk efter det fyldte 40. år. Den er som regel symptomfattig i mange år og ofte kommer patienten først til øjenlægen, når alvorlig synsnerveskade giver sig til kende med store synfeltdefekter. Dansk Glaukomselskab anbefaler derfor, at befolkningen screenes for forhøjet øjentryk, første gang i forbindelse med udmåling til læsebriller, som hos de fleste bliver nødvendige efter de 40. Endvidere anbefales lidt tættere kontrol med øjentrykket hos nære slægtninge til glaukompatienter, da der er et element af arvelighed i lidelsen.

Glaukom diagnosticeres ved en almen øjenundersøgelse incl. spaltelampeundersøgelse og trykmåling, inspektion af kammervinklen (mellem irisrod og hornhinde) med et vinkelspejl (gonioskop), inspektion af synsnerven med oftalmoskop eller en kraftig linse (funduslinse), samt ved en synsfeltundersøgelse. Synsfeltet undersøges på forskellig vis: for hånd (dvs. hvor langt ude til siden kan man erkende en hånd der vinker), med en lysende plet på en væg eller mest objektivt med *computerstyret eller manuel perimetri*. Trykmåling gøres med et tonometer monteret på spaltelampen eller et selvstændigt apparat, som anvender trykluft. De fleste raske øjne har

trykværdier mellem 12 og 24 mm Hg. Hvornår trykket er for højt, så der udvikles grøn stær, er meget individuelt forskelligt. Nogle mennesker kan sagtens tåle 25 mm kviksølv (Hg) som gennemsnitstryk, mens visse glaukompatienter skal have behandlet deres tryk ned til 10 eller derunder. Det kroniske åbenvinklede glaukom kan undertiden præsentere sig med et højt tryk (> 40 mm Hg), som ikke er blevet bemærket af patienten, da det udvikler sig langsomt og snigende.

Glaukom med lukket vinkel giver flere symptomer og findes i en kronisk og en akut form. Den kroniske giver typisk synsforstyrrelser i form af regnbuesyn (omkring lyskilder) om aftenen eller i mørke rum. Den akutte form afstedkommer en pludselig meget stor trykforhøjelse i øjet, da væskeafløbet er helt afspærret. Det er meget smertefuldt og kræver akut behandling under indlæggelse. Bliver det høje tryk ikke aflastet indenfor få døgn, kan øjet blive helt blindt.

Sekundært glaukom ses som følge af anden øjensygdom; typisk regnbuehindebetændelse, skader eller operationer på øjet eller svær iltmangel i øjets væv. Det behandles med omtrent samme midler som de primære glaukomformer, om end man rationelt forsøger at behandle den underliggende årsag. Det kan også opstå som bivirkning til behandling med binyrebarkhormoner – enten systemisk eller lokalt. Cirka 5 % af befolkningen er såkaldte *steroid respondere*, dvs. øjentrykket stiger til patologiske værdier under behandling med steroider. Som regel vender trykket tilbage til normale værdier ved seponering af steroidet, men hos nogle få bliver trykforhøjelsen kronisk.

Behandlingen af grøn stær sigter på 1) at bedre afløbet af kammervand fra øjet eller / og 2) at nedsætte produktionen af kammervand. Begge dele vil resultere i et lavere gennemsnitstryk i øjet. (Øjentrykket varierer ligesom blodtrykket en del gennem døgnet). Der findes et pænt antal øjendråbepræparater til formålet, og nye kommer hvert år til. Vanddrivende tabletter anvendes undertiden i kombination med øjendråber. Kan medicinsk behandling ikke holde glaukomet under kontrol, kan man supplere med laserbehandling i kammervinklen. Laserbehandling anvendes også til behandling af det akutte og det kroniske snærvinklede glaukom til at forebygge aflukning af kammervinklen. Er hverken dråber eller laser tilstrækkelige, kan der laves en såkaldt filtrerende operation på øjet. Princippet i operationen er dannelse af en mikroskopisk kanal fra øjets indre til udvendigt afløb under slimhinden, som tillader betydelig tryknedsættelse, så patienten evt. senere helt kan undvære dråberne. Operationen udføres i lokal anæstesi.

En hyppig komplikation til operation er sammenvoksning af kanalen, så der må re-opereres. Det sker i op til 50 % af tilfældene. For at hæmme arvævsdannelse anvendes ved reoperationer *lokalt appliceret cytostatikum (cellegift)*. En anden komplikation er for lavt tryk i øjet, idet der løber for meget vand ud gennem kanalen. Dette kan også betyde reoperation. Det er vigtigt at informere patienten om formålet med operationen, som altså er at nedsætte øjentrykket, så øjendråber evt. helt

kan undværes, men den forbedrer ikke synet. Tværtimod kan der i efterforløbet dannes grå stær, som kræver yderligere en operation.

Det er vigtigt at skelne mellem personer med højt øjentryk (som ikke er behandlingskrævende) og personer, som må mistænkes for at kunne udvikle grøn stær og personer med manifest grøn stær. Diagnosen kan kun stilles af en erfaren øjenspecialist og har vidtrækkende konsekvenser i form af blandt andet en stor udgift resten af livet til øjendrypning, samt begrænsninger i erhvervelse af kørekort. Patienten, som får stillet diagnosen, har ofte brug for at høre beskeden flere gange og få en pjece om sygdommen med hjem. Der findes også en patientforening, der oplyser om sygdommen. Kontrollen er livslang og indbefatter gentagne synsfeltundersøgelser cirka hvert ½ - hele år – og foregår som regel hos egen øjenlæge.

Selvom der i dag er større forståelse af glaukomsygdommen, er den stadig en væsentlig årsag til blindhed i voksenalderen – især hos ældre. Cirka 3.500 danskere er blinde som følge af glaukom. Synstabet kommer snigende med tab af mere og mere af det perifere synsfelt, så man kan ende op med såkaldt ”kikkertsynsfelt” (< 10°). Synsstyrken (læsesynet) i dette lille synsfelt kan i mange år være udmærket, da den centrale del af nethinden er overforsynet med synsnervetråde, men uden det perifere synsfelt er man hjælpeløs.

5.2 Konkrete sager i forbindelse med grøn stær

5.2.1 Klager i forbindelse med diagnostik af grøn stær

I dette afsnit redegøres for tre sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende diagnostik af grøn stær. I den ene af sagerne blev der givet kritik

Sag med kritik

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i denne sag fandt grundlag for at kritisere, at en øjenlæge ikke foretog tilstrækkelig undersøgelse af en patient med oplagt synsfald.

Sag 33 Klage over, at øjenlæge ikke foretog undersøgelse for grøn stær ([0341309P](#))

En 78-årig mand var af egen læge blevet henvist til en øjenlæge med henblik på udfyldelse af en motorattest. Øjenlægen fandt ved undersøgelse den 6. september 2002, at synet var mindre end 0,63 med egne briller på begge øjne. 3 år tidligere var synet blevet målt til mere end 0,8 med egne briller på begge øjne. Derudover fandt øjenlægen, at der var ret udtalt hængende øjenlåg på begge øjne, og der blev aftalt operation herfor.

Den 17. januar 2003 blev patienten undersøgt af en øjenlæge i udlandet, der konstaterede forhøjet øjentryk på begge øjne, samt at den venstre synsnerve fandtes præget af grøn stær,

hvorimod der ikke var sikre forandringer af den art på højre øje. Der blev iværksat behandling med tryknedsættende medicin (Xalatan), der senere blev suppleret af et andet præparat (Timothol).

Da patienten var kommet hjem fra udlandet, opsøgte han den 11. marts 2003 en anden øjenlæge, der fandt, at han havde grøn stær, men at der var iværksat relevant behandling herfor i form af tryknedsættende medicin.

Der var klaget over, at øjenlægen ikke foretog en tilstrækkelig undersøgelse, hvilket medførte, at han ikke konstaterede, at patienten havde grøn stær.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægen. Nævnet lagde herved vægt på, at der ved konsultationen den 6. september 2002 var oplagt synsfald. Da synsfald kan være et symptom på grøn stær, var det nævnets opfattelse, at øjenlægen burde have undersøgt årsagen til synsfaldet ved hjælp af mikroskopi (spaltelampeundersøgelse), biomikroskopi (oftalmoskopi) og trykmåling af øjnene.

Sager uden kritik

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet fandt, at der blev foretaget tilstrækkelige målinger af øjentrykket.

Sag 34 Klage over utilstrækkelige målinger af øjentrykket ([0228916P](#))

En 75-årig kvinde var blevet opereret for grå stær på venstre øje i januar 1996 og på højre øje i april 1997. Herefter var patienten frem til den 12. oktober 2000 blevet undersøgt af en øjenlæge 7 gange.

Ved undersøgelsen den 12. oktober 2000 målte øjenlægen et tryk i patientens øjne på 12/12 mm.

Den 14. december 2000 blev patienten undersøgt af en anden øjenlæge, der konstaterede et tryk i øjnene på 17/17 mm, og ved undersøgelse den 2. januar 2001 konstaterede øjenlægen efterstær, hvorfor patienten blev henvist til en laserklinikk.

Den 1. februar 2001 blev patienten atter tilset af øjenlægen, der konstaterede en trykøgning på højre øje til 42 mm. Øjenlægen iværksatte behandling i form af øjendråber, og den 9. februar 2001 var trykket faldet til 19 mm. Imidlertid konstaterede øjenlægen samme dag en hesteskoformet rift i nethinden på højre øje. Patienten fik herefter foretaget laserbehandling på et sygehus.

Der blev klaget over, at øjenlægen ikke foretog en tilstrækkelig undersøgelse af patienten, idet hun ikke målte trykket i øjnene.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af øjenlægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten i perioden fra november 1994 til 12. oktober 2000 i alt blev tilset af øjenlægen 12 gange, og at øjenlægen cirka hver anden gang målte øjentrykket. Øjentrykket i hele perioden lå mellem 12 og 15 mm. Der var således den 12. oktober 2000 ikke forhold, der indikerede de efterfølgende opståede komplikationer.

Nævnet oplyste, at for at øjet konstant kan holde sin runde form og derved blandt andet sikre en skarp billeddannelse med brændpunktet præcist på nethinden, er det nødvendigt med et vist konstant tryk i øjet. Dette tryk sikres ved en hårfin balance mellem mængden af væske, der dannes inde i øjet og den mængde væske, der forlader øjet igen gennem et afløb af ganske fine åbninger, der er beliggende i øjet mellem hornhinden og regnbuehinden (den såkaldte kammervinkel). Øjentrykket hos de fleste voksne mennesker ligger mellem 15 og 20 mm.

Nævnet oplyste i øvrigt, at der ved efterstær forstås en uklarhed af øjenlinsens bageste kapsel. Denne kapsel efterlades ved operation for grå stær til støtte for den kunstige linse, som indsættes bag pupillen til erstatning for den brydningsstyrke, der går tabt ved fjernelse af den uklare linse. Dette behandles med såkaldt YAG-laser, hvor der ”skydes” et hul i den uklare linsekapsel.

Nævnet kan oplyste endelig, at det kan forekomme, at de løsrevne vævsstumper, der fremkommer ved behandling af efterstær med YAG-laser, kan sætte sig i afløbet, hvorved trykket stiger betydeligt. Såfremt trykket i øjet stiger, kan synsnerven tage skade, fordi blodforsyningen til nervetrådene nedsættes. Der kommer da i synsfeltet blinde områder, som er blivende, og derfor er det vigtigt, at tilstanden opdages hurtigst muligt. Det er en velkendt, men sjælden komplikation, at der efter en YAG-laser membranektomi ses rifter i nethinden.

Nedenstående sag illustrerer et tilfælde, hvor det ikke blev anset for kritisabelt, at der blev ordineret behandling alene på basis af en telefonisk konsultation. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om øjenlægen havde udspurgt nærmere om patientens symptomer og havde informeret om at rette henvendelse igen, såfremt symptomerne blev forværret, samt opfordret til, at patienten mødte på klinikken, så snart hendes almentilstand tillod det.

Sag 35 Klage over, at en øjenlæge ordinerede antibiotiske øjendråber alene på basis af en telefonisk konsultation ([0236119P](#))

En 82-årig kvinde havde i perioden fra den 3. juni 1996 til den 26. september 2001 konsulteret en øjenlæge 6 gange. Den 26. september 2001 konstaterede øjenlægen fortsat grå stær på begge øjne, men normalt tryk i øjnene og ingen tegn på forandring i nethinderne. Han havde tidligere konstateret betændelse i øjenlågs-kanten og en allergisk øjenlågsreaktion over for Fucithalmic øjendråber.

Den 15. januar 2002 kontaktede patientens datter telefonisk øjenlægen, fordi patienten havde udviklet et meget hævet blodskudt venstre øje samt havde hævelse af venstre kind. Datteren meddelte øjenlægens sekretær, at patienten på grund af sygdom ikke kunne møde personligt i øjenklinikken. Øjenlægen oplyste via sin sekretær, at han mente, at det drejede sig om en bakteriel infektion, og der blev derfor fremsendt en recept på øjendråber (chloramfenikol).

Den 18. januar 2002 blev patienten indlagt akut for grøn stær på venstre øje, og den 23. og 25. januar 2002 blev hun opereret for grå stær på begge øjne.

Der blev klaget over at øjenlægen den 15. januar 2002 ikke fandt grundlag for at undersøge patientens venstre øje, men blot ordinerede øjendråber.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen, da øjenlægen på baggrund af patientens tidligere tilfælde af rødme og hævelse af øjet og i lyset af, at patienten den 15. januar 2002 allerede havde en akut og alvorlig almeninfektion (lungebetændelse), ikke havde grund til at antage, at der forelå en alvorlig, akut tilstand i øjet, der krævede viderehenvielse til en øjenafdeling.

Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om øjenlægen havde udspurgt patientens datter nærmere om moderens symptomer og havde informeret datteren om at rette henvendelse til ham igen, såfremt symptomerne blev forværret, samt havde opfordret til, at patienten mødte på klinikken, så snart hendes almentilstand tillod det.

Nævnet lagde til grund, at patientens grå stær havde udviklet sig langsomt gennem årene, idet fortrinvis de centrale dele af linserne blev uklare (såkaldt nukleær katarakt eller kernestær), og at synsstyrken ved konsultationen den 16. september 2001 nået ned på svagsynsgrænsen (6/18).

Nævnet lagde endvidere til grund, at patienten den 3. juni 1996 havde haft infektion i øjenlågskanterne, som var blevet behandlet med antibiotiske øjendråber (Fucithalmic). Desuden var hun i en periode blevet behandlet for rødme og hævelse af øjnene og øjenlågene som følge af en overfølsomhedsreaktion i bindehinden (allergisk conjunctivitis) over for Fucithalmic-dråberne. Hendes øjentryk blev fulgt jævnlige og blev ved konsultationen den 16. september 2001 målt til at være normale (16 mm Hg) efter udvidelse af pupillen.

Nævnet lagde vægt på, at der i klagen blev henvist til et voldsomt hævet øje og kind, og at der ikke var omtalt smerter i kombination med regnbue- eller tågesyn.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at hævelse af øjet (svullen bindehinde) kun sjældent ses ved anfald af akut snærvinklet glaukom, mens en hævelse af øjenomgivelserne og kinden slet ikke hører med i sygdomsbilledet.

Nævnet oplyste overordnet, at det er nødvendigt med et vist konstant tryk inde i øjet, for at øjet kan holde sin runde form og derved blandt andet sikre en skarp billeddannelse. Trykket skabes ved en hårfin balance mellem mængden af den væske, der dannes inde i øjet, og den mængde væske, der forlader øjet igen. Hvis afløbet forringes, stiger trykket i øjet, og synsnerven kan tage skade, fordi blodforsyningen til nervetrådene nedsættes. Øjentrykket hos de fleste voksne mennesker ligger mellem 15 og 20 mm Hg.

Nævnet oplyste endvidere, at trykket i øjet kan stige særlig hurtigt og voldsomt ved den form for grøn stær (akut snærvinklet glaukom), som patienten blev angrebet af. Denne type grøn stær udløses ved, at regnbuehinden ved udvidelse af pupillen lægger sig så tæt mod hornhinden, at væskeafløbet i øjet helt lukkes af. Denne tilstand ses blandt andet, hvor linsen på grund af fremskreden grå stær (katarakt) er blevet tykkere end normalt og derved presser regnbuehinden fremad mod hornhinden. Er der først et akut anfald af snærvinklet glaukom, kan det ikke gå i ro af sig selv, og det kræver derfor altid behandling. Hvis det høje tryk får lov at bestå mere end et døgn tid, er der stor risiko for, at øjet bliver blindt.

Nævnet oplyste yderligere, at et akut anfald af snærvinklet glaukom giver nogle meget karakteristiske symptomer, især stærke, borende smerter med udstråling til tindingen, regnbuesyn (lamper ses omgivet af ringe i regnbuens farver), sløret syn (tågesyn) samt kraftig rødme af øjet. Det er almindeligt, at patienterne i ugerne eller månederne forud for det akutte glaukomanfald oplever ét eller flere kortvarige tilfælde med smerter, regnbue- og tågesyn.

Nævnet oplyste endelig, at det ikke er almindelig praksis, at øjenlæger ordinerer antibiotiske øjendråber på basis af en telefonisk konsultation alene, medmindre øjenlægen kender patientens tilstand og øjensygehistorie, samt at særlige forhold nødvendiggør ordinerer uden forudgående undersøgelse. Et sådant særligt forhold kan for eksempel være, at det må forventes, at patienten er forhindret i at møde til undersøgelse hos øjenlægen i så langt et tidsrum, at den formodede øjeninfektion kan nå at anrette skade på øjet.

5.2.2 Klager i forbindelse med behandling af grøn stær

I det følgende redegøres for to sager, hvor nævnet i de konkrete tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere de indklagede øjenlægers behandling af grøn stær.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i denne sag ikke fandt grundlag for at kritisere den behandling, som en øjenlæge foretog af en patient med grøn stær.

Sag 36 Klage over, at øjenlæge foretog utilstrækkelig behandling af grøn stær ([04F016P](#))

En 59-årig mand henvendte sig den 3. oktober 2002 akut hos en øjenlæge. Øjenlægen fandt ved nærmere undersøgelse påvirkning af synsnervehovederne (papillerne) på begge øjne ligesom ved grøn stær. Det blev herefter planlagt, at patienten skulle behandles for grøn stær.

Den 5. november 2002 henvendte patienten sig på ny hos øjenlægen, der fandt forhøjet tryk i begge øjne. Herudover fandt øjenlægen et nedsat synsfelt på begge sider, som dog kunne tilskrives en tidligere hjerneblødning. Endelig ordinerede øjenlægen tryknedsættende øjendråber.

Ved kontrolundersøgelse den 11. november 2002 fandt øjenlægen normalt tryk i begge øjne.

Den 24. november 2002 fik patienten foretaget YAG-laserbehandling, og ved kontrolundersøgelse den 25. november 2002 konstaterede øjenlægen, at der havde været god effekt af laserbehandlingen.

Den 10. marts 2003 fik patienten på ny kontrolleret sine øjne, og øjenlægen fandt en let trykstigning på højre øje, hvorfor behandlingen med øjendråber blev øget.

Den 17. marts 2003 viste en kontrolundersøgelse, at trykket i højre øje var på 23, og øjenlægen justerede derfor behandlingen med øjendråber. Der blev endvidere planlagt en kontrolundersøgelse til 1 måned senere, hvor patienten imidlertid udeblev.

Den 20. maj 2003 fandt øjenlægen atter forhøjet tryk i højre øje, og han henviste patienten til en øjenafdeling med henblik på videre behandling. Indtil behandlingen på sygehuset kunne begynde, intensiverede øjenlægen behandlingen med øjendråber.

Den 22. maj 2003 fik patienten konstateret et normalt tryk på begge øjne.

Den 20. juni 2003 henvendte patienten sig på øjenafdelingen, hvor der blev konstateret et forhøjet tryk på højre øje.

Den 26. juni 2003 fik patienten foretaget en operation af sit højre øje.

Patienten gik efterfølgende til kontrol hos en øjenlæge, og han havde et normalt tryk ved disse undersøgelser.

Der var klaget over, at øjenlægens behandling af patienten var for langstrakt, og at behandlingen ikke var tilstrækkelig til at reducere kammertrykket i patientens øjne.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægen for hans behandling af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at det ved diagnosen af grøn stær er almindelig faglig fremgangsmåde at påbegynde behandling med tryksænkende øjendråber under regelmæssig kontrol af trykket med nogle ugers mellemrum, indtil trykket er bragt ned på acceptable værdier, og herefter vente cirka tre måneder med næste trykmåling. Hvis trykkene da atter er forhøjede, justeres behandlingen, og man indskrænker samtidig kontrolintervallerne. Nævnet oplyste i den forbindelse, at det kun er et lille mindretal, som ikke opnår den ønskede tryksænkning på medicinsk (dråbe)behandling, men må gennemgå en operation.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at det måtte lægges til grund, at patienten ikke i fuldt omfang havde fulgt den ordinerede behandling.

Nævnet lagde i øvrigt til grund, at de svære synsfeltdefekter, der blev konstateret ved undersøgelsen den 5. november 2002, ikke skyldtes forandringer på grund af grøn stær, men snarere massive og ensartede skader tydende på følger efter skader på synsbanerne i hjernen i form af en blodprop eller hjerneblødning.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde ikke fandt grundlag for at kritisere, at en patient, der var steroidresponder, blev behandlet med binyrebarkhormon, hvilket medførte øget tryk i øjnene. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om den indklagede læge som

patientens primært behandlende øjnlæge havde anført problematikken om mulig steroidrespons i journalen.

Sag 37 Klage over, at en patient, der var steroidresponder, blev behandlet for regnbuehindebetændelse med binyrebarkhormon ([0448013P](#))

En 43-årig kvinde henvendte sig den 11. oktober 2002 første gang i øjenklinikken på et hospital på grund af gentagne regnbuehindebetændelser (uveitis recidivans) gennem 20 år. Patienten var på dette tidspunkt i behandling med øjendråber og øjensalve mod regnbuehindebetændelse i form af binyrebarkhormon (Maxidex, antiinflammatorisk) samt pupiludvidende øjendråber (Skopolamin). Der havde været et tilfælde med trykstigning i højre øje, som kortvarigt var blevet behandlet med tryksænkende øjendråber (Timosan Depot). Forud for henvendelsen på øjenklinikken havde hun i mange perioder i de forudgående 20 år været i behandling med Maxidex. Hun blev undersøgt af en overlæge, som ordinerede blodprøver samt en røntgenundersøgelse af brystkassen.

Den 25. oktober 2002 henvendte patienten sig igen i øjenklinikken med henblik på en undersøgelse af øjnene. Hun var ikke længere i behandling med Skopolamin. Der blev målt et øget tryk i højre øje (26 mm Hg), hvorfor overlægen ordinerede øjendråber (Xalatan) til højre øje om natten.

I det videre forløb var der problemer med trykstigning i især højre øje, hvilket blev behandlet med forskellige øjendråber. Overlægen vurderede, at trykstigningen var forårsaget af regnbuehindebetændelsen.

I perioden fra den 30. maj til den 7. november 2003 var trykket i patientens højre øje tilfredsstillende på den givne behandling.

Den 10. november 2003 var trykket i begge øjne imidlertid øget til 38 mm Hg, og overlægen konstaterede samtidig, at der gennem det sidste års tid havde været let aktivitet i regnbuehindebetændelsen i forreste afsnit. Overlægen henviste derfor patienten til en reumatologisk klinik med henblik på immunsuppressiv behandling. Samtidig blev hun henvist til en glaukomklinik.

Den 11. november 2003 henvendte patienten sig på glaukomklinikken, hvor trykket i øjnene blev fundet uacceptabelt. Behandlingen blev herefter ændret, således at behandlingen med Maxidex blev standset.

Den 11. december 2003 blev det i glaukomklinikken konstateret, at tryk og synsstyrke var acceptabel efter ophør med Maxidex. Der blev i øvrigt fundet mistanke om, at patienten kunne være steroidresponder.

Der var klaget over, at overlægen ikke stoppede behandlingen med binyrebarkhormon ved mistanke om, at patienten var steroidresponder. Endvidere var der klaget over, at overlægen fejlagtigt vurderede, at patienten havde grøn stær.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægens behandling, idet det blev fundet godtgjort, at overlægen havde haft mistanke om, at patienten var steroidresponder, og at hun derfor havde ført nøje kontrol med øjentrykket samt reguleret doseringen af Maxidex i overensstemmelse hermed. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om overlægen som patientens primært behandlende øjenlæge havde anført problematikken om mulig steroidrespons i journalen.

Nævnet oplyste, at behandlingen mod regnbuehindebetændelse er binyrebarkhormon i form af antiinflammatoriske øjendråber (Maxidex). En kendt, men sjælden, komplikation til anvendelse af øjendråber mod regnbuehindebetændelse er forhøjet tryk i øjet hos særligt udsatte personer (steroidresponders). Forhøjet tryk i øjet er imidlertid også en kendt komplikation til selve sygdommen regnbuehindebetændelse.

Nævnet oplyste videre, at det i den enkelte situation med trykstigning, og hvor Maxidex ikke kan undværes, kan være vanskeligt at afgøre, om det forhøjede tryk er betinget af regnbuehindebetændelsen eller af anvendelsen af binyrebarkhormon. Uanset årsagen er behandlingen den samme; altså med tryksænkende øjendråber. En kendt bivirkning ved langvarig (flere års) behandling med disse øjendråber er udvikling af grå stær (cataract).

Der var endvidere klaget over, at overlægen fejlagtigt havde diagnosticeret, at patienten led af grøn stær. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen i denne forbindelse. Nævnet lagde herved vægt på, at patientens symptomer med et øjentryk på 38 mm Hg var forenelige med grøn stær, og at overlægen ved konstateringen heraf havde foretaget en relevant behandling ved at viderehenvise patienten til udredning hos en specialist på området. Nævnet oplyste i den forbindelse, at grøn stær vanligvis er kendt som en livslang sygdom, men at sygdommen også kan ses i perioder som en komplikation til selve sygdommen regnbuehindebetændelse (sekundær glaukom) eller i sjældne tilfælde som følge af behandling med øjendråber mod regnbuehindebetændelse (steroidrespons).

6. KLAGER I FORBINDELSE MED BRUG AF MEDHJÆLP

6.1 Generelt om brug af medhjælp

Selvom sundhedsfaglig virksomhed ifølge lovgivningen er forbeholdt autoriserede læger med ret til selvstændigt virke, eksempelvis speciallæger i øjensygdomme, kan ikke-autoriserede personer lovligt udføre virksomheden, hvis de er medhjælp for lægen, og der ikke er forbud mod delegation. Ved anvendelse af medhjælp, skal lægen udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. lægelovens § 6. Lægen skal således udvise omhu og samvittighedsfuldhed ved udvælgelse, instruktion og tilsyn af medhjælpen.

6.2 Konkrete sager i forbindelse med brug af medhjælp

I det følgende redegøres for 2 sager, der illustrerer nævnets praksis vedrørende øjenlægers brug af medhjælp. Der blev givet kritik i begge sager.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i en sag fandt grundlag for kritik af en øjenlæges delegation, instruks og tilsyn med sin lægesekretær i forhold til henvendelser fra patienter med symptomer på en alvorlig synstruende tilstand.

Sag 38 (ref. sag 6) Klage over mangelfuld udredning af tegn på nethindeløsning (0447010P)

Den 30. september 2003 ringede en 52-årig mands ægtefælle til sekretæren hos en øjenlæge og forklarede hende, at patienten havde fornemmelse for rullegardiner for øjet, lysglimt, støv der dryssede ned for øjet, og at han var bange for at have fået nethindeløsning. Patienten fik en tid til undersøgelse til dagen efter, men valgte at køre ned og tale med sekretæren, hvor sekretæren angav, at det kunne vente til næste dag.

Den 1. oktober 2003 blev patienten undersøgt af øjenlægen. Der blev fundet normale forhold ved undersøgelse af synsfelt for hånd og maskinelt (kampimetri) og normalt tryk i øjet. Ved oftalmoskopi med udvidelse af pupillen blev der fundet normale forhold ved glaslegeme og nethinde, svarende til en undersøgelse 5 år forinden. Der blev aftalt kontrol efter 1 år.

Den 15. oktober 2003 under et efterfølgende ophold i Paris begyndte synsfeltet at snævre sig ind som en sort klap, der i løbet af den følgende dag fyldte cirka 75 % af synsfeltet.

Den 20. oktober 2003 undersøgte øjenlægen igen patienten og fandt indskrænket synsfelt nedadtil nasalt og nethindeløsning opadtil temporalt. Patienten blev derpå indlagt akut på en øjenafdeling, hvorfra han blev videresendt til et andet sygehus.

Den 21. oktober 2003 blev der ved undersøgelse og operation fundet en bulløst afløst øverste halvdel af nethinden. Der blev foretaget fjernelse af øjets glaslegeme (corpus vitreum), lukning (koagulation) af i alt 3 rifter i nethinden og indlæggelse af silikone. Den 1. december 2003 blev nethinden yderligere laserbehandlet, og der blev berammet fjernelse af silikone den 12. januar 2004.

Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke blev undersøgt akut.

Nævnet fandt grundlag for kritik af øjenlægens lægesekretærinstruks vedrørende henvendelser fra patienter med en mulig alvorlig synstruende tilstand.

Nævnet oplyste angående omstændighed, at øjenlægens lægesekretær den 30. september 2003 ikke havde fundet anledning til at sørge for en akut undersøgelse, at nævnet ikke kan tage stilling til den pågældende lægesekretærs handling, idet det falder uden for nævnets kompetence at tage stilling til denne persongruppe, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 544 af 14. juni 2001 om persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns virksomhed samt om klagevejledning i statsamtterne.

Nævnet kunne i bedømmelsen af sagen alene tage stilling til, om de sundhedspersoner, som havde ansvaret for en sekretærens opgaver, havde udvist tilstrækkelig omhu ved delegationen af opgaver, ved udarbejdelsen af en eventuel instruks samt ved tilsynet med sekretæren.

Det var nævnets opfattelse, at enhver praktiserende øjenlæge burde have instrueret sin sekretær om at blive informeret om henvendelser fra patienter med symptomer på en alvorlig synstruende tilstand som eksempelvis nethindeløsning, og at øjenlægens sekretær også burde have fået en instruktion om, at patienter med symptomer som i den pågældende sag, skulle tilbydes akut undersøgelse på henvendelsesdagen.

Nævnet fandt på denne baggrund, at øjenlægen havde handlet kritisabelt med hensyn til sin lægesekretærinstruks vedrørende patienthenvendelser, der kunne tyde på en alvorlig synstruende tilstand.

Nedenstående sag illustrerer, at nævnet i et konkret tilfælde fandt grundlag for at kritisere en øjenlæge for ikke at have givet sin medhjælp tilstrækkelig instruks i forhold til henvendelser fra patienter med gener efter øjenoperation.

Sag 39 (ref. sag 31) Klage over øjenlæges opfølgning på betændelsestilstand efter øjenoperation ([0229204A](#))

En 64-årig kvinde blev opereret af en øjenlæge for grå stær. 2 dage efter operationen fik hun stærke smerter svarende til det opererede øje. Hun henvendte sig i øjenlægens klinik cirka kl. 9.30, men blev først tilset af øjenlægen kl. 13, idet han indtil da var ude for at foretage laseroperationer. Øjenlægen fandt, at der var tale om en akut betændelsestilstand og henviste hende til akut undersøgelse på et sygehus. Imidlertid kontaktede han ikke det sygehus, der havde vagten den pågældende dag. Han fik ved henvendelsen ikke kontakt til en læge, men afgav rapport til en sekretær. Herefter blev patienten sendt til sygehuset.

Der blev blandt andet klaget over, at operationen for grå stær ikke blev foretaget korrekt, idet der efterfølgende udviklede sig en infektion.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere øjenlægens operation for grå stær og lagde herved vægt på, at operationen var blevet udført i overensstemmelse med gængs teknik og med en kunstig linse fra et anerkendt firma, samt at der ved operationens afslutning blev givet Tobradex øjensalve.

Nævnet fandt grundlag for at kritisere øjenlægens behandling ved undersøgelsen forud for henvisningen til sygehuset. Nævnet lagde vægt på, at patienten mødte i klinikken umiddelbart efter et telefonopkald hertil, men at hun først blev tilset cirka 3 timer senere, idet øjenlægen var ude og foretage laseroperationer. I den forbindelse fandt nævnet, at øjenlægen burde have instrueret sin medhjælp om straks at tage kontakt til ham ved henvendelse fra en patient med stærke smerter efter en øjenoperation. Nævnet lagde endvidere vægt på, at øjenlægen ikke henviste patienten til det sygehus, der havde vagten den pågældende dag, og at han afgav rapport til en sekretær frem for en læge.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at smerter og rødme af øjet samt nedsat syn er karakteristisk for en intraokulær reaktion efter operation (panophthalmi), og at denne tilstand er yderst farlig og udvikler sig i løbet af ganske få timer, og at selv en telefonisk henvendelse bør føre til henvisning til relevant afdeling straks, hvis øjenlægen ikke selv kan se patienten indenfor meget kort tid.

7. MEDICINSKE FAGUDTRYK

Amotio retinae: Nethindeløsning.

Astigmatisme: Populært "byggningsfejl". Forskellig krumning af hornhindens overflade i forskellige planer hvilket bevirker, at lysstråler ikke samles i et punkt på nethinden, men danner en spredningskreds. Korrigeres med såkaldte cylinderglas.

Atrofia nervi optici (A.n.opt.hereditaria.A.n.opt.secundaria): Synsnervesvind. Kan være medfødt arvelig, følgetilstande efter synsnervebetændelse, eller sekundær betinget af kraniedeformiteter læsioner eller sygdomme (svulster, betændelser) i hjerne og hjernebinder.

Bifocale glas: Brillerglas der har forskellig slibning af øverste og nederste del af henholdsvis afstands- og nærbrug.

Cataract: Grå stær. Uklarhed af øjets linse eller dele af denne.

Cataract congenita: Medfødt stær (cat.cong.).

Cataract senilis: Alderstær (cat.sen.).

Cataract traumatica: Stær som følge af læsion af øjet (cat.traum.).

Cataract complicata: Stær som følge af anden sygdom i øjet (cat.compl.).

Cataract i forbindelse med almensygdomme (f.eks. sukkersyge, børnekramper) benævnes efter dennes karakter: Cataract diabetica og Cataract tetanica. Kan også skyldes eksempelvis røde hunde (rubeola) hos moderen i første fjerdedel af svangerskabet og optræder i en lang række syndromer. Cataract kan endvidere fremkaldes eksperimentelt. Efter operation for Cataract må linsens brydende kraft erstattes af stærbriller eller kontaktlinser.

Centralsyn: "Skarpsynet". Øjets evne til at opfatte detaljer i en genstand som befinder sig direkte i synslinien. Man taler om "øjets opløsningsevne". Defekter i centralsynet afficerer først og fremmest læsningen.

Cornea: Øjets hornhinde, den klare gennemsigtige forreste del af øjeæblets ydre hinde.

Corpus vitreum: Øjets glaslegeme.

Degeneratio maculae, senilis: Alderbetingede nethindeforandringer i "centrum", den gule plet.

Degeneratio maculae juvenilis: Ikke aldersbetingede nethindeforandringer i centrum, optrædende i barne- og ungdomsårene - undertiden arvelig.

Degeneratio retinae/ Degeneratio tapetoretinalis: Medfødte eller erhvervede, ikke betændelsesagtige nethindeforandringer, der kompromitterer nethindens funktion, f.eks. retinopathia pigmentosa (se dette).

Diabetes mellitus: Sukkersyge.

Dioptri: Mål for en lenses brydende kraft. En linse med brændvidde på 1 m er af 1 dioptris "styrke". Er brændvidden $\frac{1}{2}$ m: 2 dioptrier, $\frac{1}{4}$ m: 4 dioptrier o.s.v.

Glaucoma: Grøn stær, forhøjet væsketryk i øjet. Øjeæblet bliver "hårdt". Glaucoma simplex: Den hyppigste form for grøn stær hos voksne. Glaucoma congenitum: Grøn stær hos børn. Bevirker, at øjet bliver buftalmisk (se buftalmi). Optræder utvivlsomt nu mindre hyppigt end tidligere i blindeforsorgens børne Klientel.

Glaucoma secundarium: Grøn stær som følge af læsion eller anden sygdom i øjet. Træffes i blindeforsorgen navnlig i forbindelse med diabetiske øjenkomplikationer, sammen med andre misdannelser i øjet, f.eks. aniridi (se dette) og i tilslutning til retrolental fibrose (se dette) og følgetilstande efter f.eks. iridocyclitis og operation for medfødt grå stær.

Hemianopsia: Bortfald af den ene synshalvdel: Højresidig hemianopsi, venstresidig hemianopsi.

Iris: Regnbuehinden: Den farvede, mere eller mindre pigmentholdige hinde lige foran linsen. Regnbuehindens muskler ændrer pupillens størrelse, hvorved lysindfaldet i øjet reguleres.

Iritis, Iridocyclitis: Regnbuehindebetændelse. Giver smerter i øjet og medfører overfølsomhed overfor lys, tåreflåd og en ofte betydelig synsnedsettelse. Kan medføre en sammenvoksning af regnbuehinden og linsens forflade, hvilket kan give forhøjet tryk, sekundært glaucom (se dette). Se også cyclitis.

Keratitis: Hornhinde-betændelse.

Kikkertsynsfelt: Massiv indskrænkning af det perifere synsfelt i en sådan grad, at kun et lille centralt område er bevaret. Virker som holdes et langt tyndt rør for hvert øje. Findes navnlig ved retinitis pigmentosa og fremskreden glaucom.

Lens: Øjets linse

Macula lutea: "Den gule plet" i nethinden. Stedet for det skarpeste syn.

Melanoma malignum: Ondartet pigmenteret bindevævssvulst; forekommer navnlig i regnbue- og årehinde, men også i huden.

Myopi: Nærsynethed.

Nervus opticus: Synsnerven.

Neuritis optica: Betændelse i synsnerven.

Nystagmus: "Øjenskælven". Uvilkårlige rykvisse bevægelser af øjnene, der gør det vanskeligt at fikser. Synet hos nystagmus patienter bedres ofte binoculært. Nystagmus optræder alene eller ofte sammen med andre øjenlidelser (nystagmus sec.), eller i forbindelse med visse almenlidelser, f.eks. dissemineret sclerose. Nystagmus kan være til stede ved fødslen og er da tegn på dårlig synsfunktion.

Oftalmolog: Øjenlæge.

Oftalmologi: Læren om øjet og dets sygdomme.

Oftalmoskopi: Øjenspejling: Den undersøgelse af øjet, hvorved man ved hjælp af oftalmoskopet, øjenspejlet, kan vurdere øjets indre.

Perifert syn: Ved det perifere eller indirekte syn for står synsfunktionen udenfor fovea centralis. (se dette). Med det perifere syn er man i stand til at konstatere tilstedeværelsen af objekter "udenfor skarpsynslinien". Det perifere syn "panoramasynet" er således af afgørende betydning for orienteringsevnen. Se også under synsfelt, perimetri og kikkertsynsfelt.

Perimeter: Instrument til måling af synsfelt.

Perimetri: Undersøgelse af synsfeltet. Synsfeltets udstrækning indtegnes på et dertil tegnet skema. Synsfeltoptagelsen vedføjes altid en brøk, f.eks. 10/300 eller 10/1000. Tælleren angiver den anvendte objektstørrelse i mm., nævneren afstanden, i hvilken synsoptagelsen har fundet sted.

Refraktion: Brydning af lysstråler. Øjets refraktion er bestemmende for, om parallelle stråler i accomodationshvile samles på retina, emnetropi, foran eller bagved denne, se hypermetropi og myopi.

Retina: Nethinden.

Retinoblastoma retinae: Tidligere glioma retinae. Ondartet, arvelig svulst i nethinden.

Retinopathia: Betegnelse for forskellige nethindesygdomme, ofte forekommende i forbindelse med andre sygdomme.

Retinopathia diabetica: Nethindekomplikation ved sukkersyge.

Retinopathia hypertensiva: Nethindekomplikation ved forhøjet blodtryk.

Sclera: Senehinde.

Stærbriller: Brillen med meget stærke + glas. Erstatte linsen efter stæroperation. Til læsning gives yderligere et tillæg, da accommodationen selvsagt mangler.

Synsfelt: Ved synsfeltet forstås det område, som man kan se under central fixation uden at bevæge øjet. Ved blikfeltet forstås man det rum, øjet kan overse under extreme bevægelser. Se også binoculært og perifert syn.

Trykmåling (Tonometri): Den undersøgelse, hvor man med et tonometer vurderer øjets spænding, indre tryk. Ved glaucom (se dette) er øjets tryk for højt (se også buftalmi). Trykkets størrelse angives sædvanligvis ved et tal, der angiver trykket (tensionen) i mm kviksølv. Det normale tryk svinger omkring 20 helst lavere. Trykket kan også undertiden angives ved en brøk - afhængigt af målemetoden. Brøken kan omregnes til mm kviksølv.

Tens.o.dxt.: Trykket på højre øje. Tens.o.sin.: Trykket på venstre øje.

Tens.palp.: Trykket målt ved let palpation af øjeæblet med fingrene.

Trespejlsundersøgelse: En kontaktlinse med spejle i, der muliggør inspektion af den perifere del af nethinden med henblik på påvisning af rifter eller andet sygeligt perifert i nethinden.

Uvea: "Druehinden" - omfatter regnbuehinden (iris), strålelegemet (corpus ciliare), årehinden (chorioidea).

Uveitis: Betændelse af uvea. Følger af denne sygdom er en ikke ubetydelig blindhedsårsag blandt voksne.

Visus - Synsstyrke: Visus eller den centrale synsstyrke angives ved en brøk. Tælleren angiver i meter den afstand i hvilken synsstyrken er målt, medens nævneren betegner den afstand, hvori

normaltseende kan læse en bestemt bogstavstørrelse eller symbol på synstavlen. Er synsstyrken således 6/18 betyder det, at den svagtseende må ind på en afstand af 6 m for at læse en linie, den normaltseende kan læse i en afstand af 18 m. Synsstyrken kan også angives som en decimalbrøk. 6/18 vil da svare til 0,3, 6/24 til 0,25, 6/6 til 1,0. Betegnelsen 3/60 og 1/60 betyder, at den svagsynede må rykke ind på henholdsvis 3 og 1 m for at læse den linie, den normaltseende læser på 60 m. Er synet så dårligt, at man vanskelig kan benytte synstavler (bogstaver, tal - for børn og analfabeter - billed- eller hagetavler), prøver man om pågældende kan tælle undersøgerens fingre "fingertælling" eller måske blot se "håndbevægelser". Er dette ikke muligt karakteriseres synsstyrken ved lyssans med eller uden projektion, d.v.s. med eller uden korrekt angivelse af den retning, hvorfra det indfaldende lys kommer. Synsstyrken måles på hvert øje for sig og med begge øjne samtidig (binoculært).

Vis.o.dxt.: (visus oculi dextri): synsstyrke på højre øje.

Vis.o.sin.: (visus oculi sinistri): synsstyrke på venstre øje.

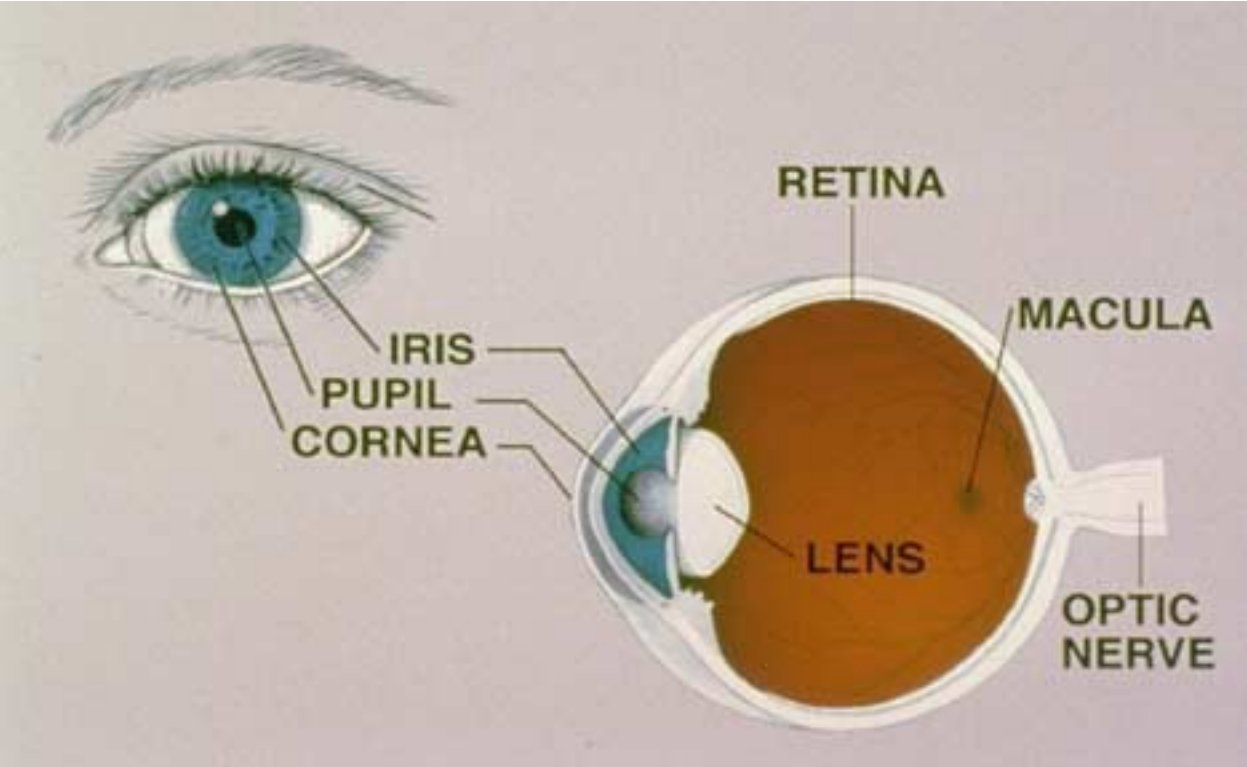
Vis.o.u.: (visus oculi utriusque): synsstyrken målt på hvert øje for sig.

Vis.bin.: synsstyrken målt binoculært (se ovenfor).

Vis.fgt.: Fingertælling.

Vis.hdbev.: Håndbevægelse.

8. ILLUSTRATION AF ØJETS OPBYGNING



9. SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over at øjenlæge foretog utilstrækkelig undersøgelse for nethindeløsning (0126921P) .	8
Sag 2 Klage over at øjenlæge overså tegn på nethindeløsning (0230910A)	9
Sag 3 Klage over fejldiagnosticering af nethindeløsning og grøn stær (P0232305)	11
Sag 4 Klage over fejldiagnosticering ved nethindeløsning (0234123P).....	12
Sag 5 Klage over manglende udredning af tegn på nethindeløsning (0337129A)	14
Sag 6 (ref. sag 38) Klage over mangelfuld udredning af tegn på nethindeløsning (0447010P)	16
Sag 7 Klage over utilstrækkelig undersøgelse af symptomer i form af sorte pletter og lysglimt (0230119P).....	19
Sag 8 Klage over at nethindeløsning ikke blev påvist hos 14-årig dreng, som havde fået en håndbold mod højre øje (0341224A).....	20
Sag 9 Klage over at nethindeløsning blev opdaget for sent (0343618P).....	23
Sag 10 Klage over manglende diagnosticering af nethindeløsning (0443829P)	26
Sag 11 Klage over mangelfuld udredning for nethindeløsning (0343604P)	27
Sag 12 Klage over at øjenlæge overså tegn på nethindeløsning (0444023P)	29
Sag 13 Klage over at nethindeløsning blev overset (0446805P)	30
Sag 14 Klage over at nethindeløsning blev opdaget for sent (0234117A)	32
Sag 15 Klage over at nethindeløsning ikke blev opdaget (0233521P)	33
Sag 16 Klage over at nethindeløsning blev vurderet som værende betændelse i øjet (0235230P) ...	34
Sag 17 Klage over manglende diagnosticering af nethindeløsning (0235210P)	35
Sag 18 Klage over manglende akut behandling (0230907P).....	36
Sag 19 Klage over en øjenlæges manglende diagnosticering af grå stær på begge øjne og information om behandling (0444024P)	40
Sag 20 Klage over en øjenlæges operation for grå stær i et tilfælde, hvor der forelå en konkurrerende øjenlidelse (degeneration af nethindens centrale, gule plet) samt klage over øjnelægens information om det synsmæssige resultat af operationen (0232724P)	42
Sag 21 Klage over en øjenlæges indikation for og udførelse af operation for grå stær i et tilfælde, hvor der forelå en konkurrerende øjenlidelse (aldersbetinget degeneration af nethindens centrale, gule plet) (0341122P).....	44
Sag 22 Klage over, at en patient blev nærsynet efter en operation for grå stær. Information forud for operation (0447503P).....	46

Sag 23 Klage over en øjenlæges udførelse af operation for grå stær. Komplikation ved operation (0341127P).....	47
Sag 24 Klage over, at der under operation for grå stær opstod et hul i den bagerste linsekapsel (04F023P).....	48
Sag 25 Klage over overlæges indikation for og udførelse af operation for grå stær, hvorunder der opstod brud på linsekapslens bagvæg (03F003P).....	50
Sag 26 Hul i nethinden ikke anset som forårsaget af operation for grå stær, hvorunder der opstod en rift i linsekapslen (0339627P).....	51
Sag 27 Klage over komplikationer ved operation for grå stær. Information om komplikation (0447026P).....	52
Sag 28 Klage over overlæges indikation for og udførelse af operation og re-operation for grå stær samt klage over hans behandling efter re-operation (0342119P).....	54
Sag 29 Klage over operation for grå stær, hvorunder noget af regnbuehinden gled ud gennem operationssåret (05F042P).....	57
Sag 30 Klage over overlæges operation for grå stær uden bedøvelse samt information forud for operation (0128404P).....	58
Sag 31 (ref. sag 39) Klage over øjenlæges opfølgning på betændelsestilstand efter øjenoperation (0229204A).....	60
Sag 32 Klage over overlæges behandling og information efter operation for grå stær (0232307P).....	62
Sag 33 Klage over, at øjenlæge ikke foretog undersøgelse for grøn stær (0341309P).....	66
Sag 34 Klage over utilstrækkelige målinger af øjentrykket (0228916P).....	67
Sag 35 Klage over, at en øjenlæge ordinerede antibiotiske øjendråber alene på basis af en telefonisk konsultation (0236119P).....	69
Sag 36 Klage over, at øjenlæge foretog utilstrækkelig behandling af grøn stær (04F016P).....	71
Sag 37 Klage over, at en patient, der var steroidresponder, blev behandlet for regnbuehindebetændelse med binyrebarkhormon (0448013P).....	73
Sag 38 (ref. sag 6) Klage over mangelfuld udredning af tegn på nethindeløsning (0447010P).....	75
Sag 39 (ref. sag 31) Klage over øjenlæges opfølgning på betændelsestilstand efter øjenoperation (0229204A).....	77