

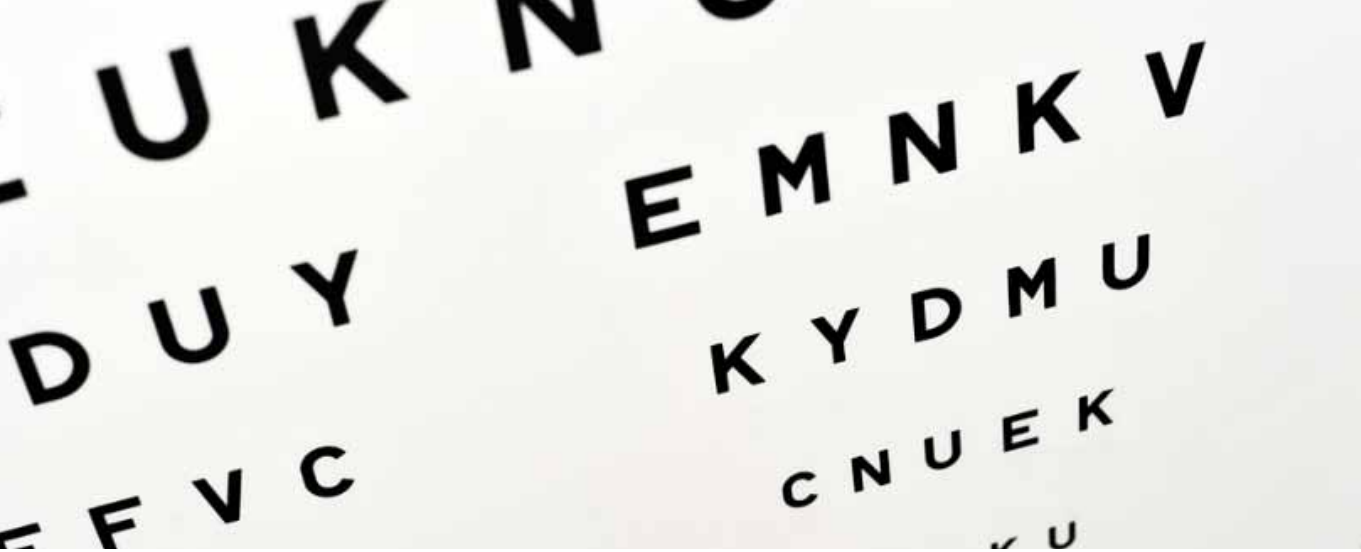


Jubileumsskrift
Stockholms Ögonklinik 20 år
1991–2011

Stockholms  Ögonklinik



Det skadar inte ögat att
se livet från den ljusa sidan.
Du vet aldrig hur du ser ut
i andras ögon. Jag har tittat
i dina ögon med mina ögon
och lagt mitt hjärta nära ditt.
Mina ögon är ett hav i vilket
mina drömmar är reflekterade.
Ögat ser bara vad huvudet
är berett att förstå. Ögonen
är själens spegel.



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	7
Kataraktoperation – ett mångtusenårigt mirakel	10
Multifokala linser vid refraktivt linsbyte för glasögonfrihet	12
Frihet med inre kontaktlinser – ICL och PRL	14
Näthinnesjukdomar	16
Om glaukom och nyttan av tidig upptäckt	18
Ögonlocksbekymmer och förändringar runt ögonen	20
Medarbetare	22
Patientberättelser	24
Stockholms Ögonklinik 20 år – milstolpar i klinikens utveckling	30
Historiska och personliga utblickar på kataraktkirurgi	34
Kvalitet i ett helhetsperspektiv	38
Vi stöder ögonforskning	40

BO PHILIPSON, PROFESSOR, ÖGONSPECIALIST:

Stockholms Ögonklinik – 20 år 2011

Den första patienten togs emot 1991. De första åren var Stockholms Ögonklinik en liten mottagning för patienter med grå starr. Men ambitionerna var högt satta. Idag, 20 år senare, har de förverkligats och kliniken tog 2010 emot 59.000 patientbesök och erbjuder en ögonsjukvård i världsklass.

Ögonkliniken startades 1991 på Sophiahemmet av docent Folke Jansson och mig. Tidigt anställdes sjuksköterskan Marie Johansson, vår verksamhetschef, som varit med på hela resan från en klinik som huvudsakligen opererade grå starr till en klinik som omfattar nästan all ögonsjukvård.

Från starten har kliniken successivt växt till att vara en av de största klinikerna på Sophiahemmet och den i särklass största privata ögonkliniken i landet. Kliniken omfattar nu 21 ögonläkare, varav tolv ingår i ett vårdavtal med Stockholms läns landsting för allmän ögonsjukvård. Hela verksamheten får numera inte plats på Sophiahemmet, varför vi har utökat med lokaler i huset på Valhallavägen 58, där tre läkare arbetar, och på Odengatan 1, där klinikens administrativa enhet är förlagd. En satellitklinik i Vällingby håller också på att förverkligas.

Utöver ögonläkarna omfattar personalen nu 45 anställda, varav 13 är ögonsjuksköterskor eller sjuksköterskor. Totalt innebär detta att 66 personer är verksamma inom Stockholms Ögonklinik. Vi utför alla typer av främre segmentkirurgi, varav 4.000 kataraktkirurgiska ingrepp och praktiskt taget alla typer av laserbehandlingar vid näthinnesjukdomar, näthinnekirurgi, behandling av efterstarr och glaukom. Vi har tillgång till utredningsmöjligheter som angiografi, OCT, scheinpflugundersökning med pentacam-apparatur, synnervsanalys med Heidelbergapparatur och flera typer av dataperimetrar. Två av våra läkare driver en klinik med excimerlaser för refraktiv kirurgi (Ögonlasern i Stockholm), som vi nära samarbetar med.



Bo Philipson, professor
och ögonspecialist.



Folke Jansson, docent
och ögonspecialist.

Utöver den landstingskontrakterade vården utför kliniken tjänster åt samtliga försäkringsbolag samt tar emot helt privata patienter både från Sverige och från utlandet. År 2010 hade vi 59.000 patientbesök, varav 12.000 besök i samband med gråstarrskirurgi. Stockholms Ögonklinik var en av de första klinikerna i landet som blev kvalitets- och miljöcertifierade enligt ISO 9001 respektive ISO 14001.

Den framgångsrika expansionen hade inte varit möjlig utan medarbetarnas stora engagemang, lojalitet och vilja till utveckling. Vi har satsat mycket på att behålla och kompetensutveckla våra medarbetare i syfte att kunna erbjuda ögonsjukvård i världsklass. Vår personalomsättning har genom åren varit extremt låg.

Vår avsikt är att fortsätta att vara den ledande privata ögonkliniken både vad gäller ögonkirurgi och ögonmedicin. Våra läkare har hög kompetens och erfarenhet inom alla områden av ögonsjukvård och utgör ett viktigt komplement inom svensk ögonsjukvård.

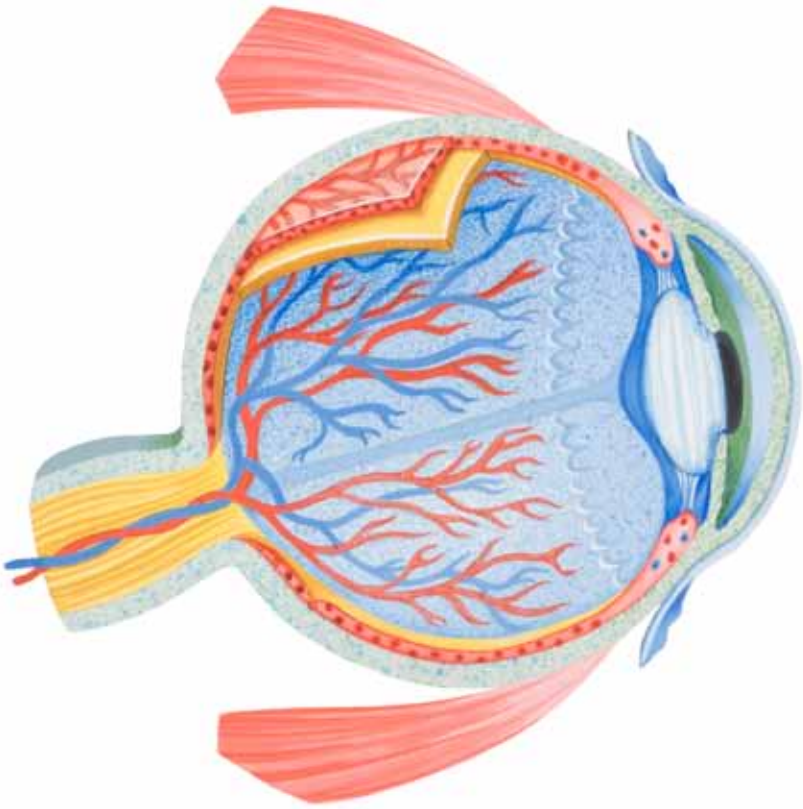
Näthinnekirurgi och behandling med Lucentis och andra mediciner, som injiceras i glaskroppen, är exempel på behandlingar som vi utför utanför vårt avtal med Stockholms läns landsting. Tumörbehandling är av liten omfattning och sköts bäst på specialistsjukhuset S:t Eriks Ögonsjukhus, liksom kirurgi vid barns ögonsjukdomar. Vi hoppas att Stockholms läns landsting i det nya vårdvalet ger oss möjligheter att ge våra patienter fullvärdig behandling inom alla områden där vi har hög kompetens.

Vi sätter alltid patienten främst. Att patienten har valfrihet att välja var hon eller han vill bli vårdad är en viktig drivkraft för oss. Vi arbetar ständigt med att erbjuda en vård på kvalitetsmässigt högsta möjliga nivå och med ett bemötande som upplevs tryggt och professionellt. I denna skrift vill vi berätta om såväl vår 20-åriga resa som låta vården på kliniken beskrivas av både våra medarbetare och patienter.



Bo Philipson

Grundare av Stockholms Ögonklinik



HANS SETTERQUIST, ÖGONLÄKARE OCH KATARAKTKIRURG:

Kataraktoperation – ett mångtusenårigt mirakel

Linsen i ögat har till uppgift att, tillsammans med hornhinnan, bryta ljuset till en skarp bild på näthinnan. Linsen kan även i ungdomen ändra form (ackommodera) så att ljuset bryts till skarp bild på både långt och nära håll. Ackommodationen avtar naturligt i 40-årsåldern varefter de flesta behöver läsglasögon.

Katarakt (grå starr) innebär att linsen i ögat grumlas. Detta leder till nedsatt synskärpa, suddig bild och man blir bländningskänslig. Katarakt är mycket vanligt, alla människor utvecklar detta i någon form vid stigande ålder. Katarakt är den vanligaste orsaken till blindhet i världen trots att 19 miljoner operationer utförs i hela världen varje år, varav 80.000 utförs i Sverige.

Det enda sättet att behandla katarakt är operation. Traditionen att operera katarakt är mycket gammal. Åtminstone sedan 4.000–5.000 år tillbaka har man opererat katarakt genom så kallad starrstickning. Under de senaste 40 åren har operationstekniken utvecklats och förfinats på ett fantastiskt sätt.

Idag opereras katarakt med en ultraljudsmetod kallad fakemulsifiering. Metoden innebär att man smular sönder den grumlade linsen med hjälp av ultraljud. Linsresterna sugas samtidigt ut ur ögat genom ett litet rör i ett självslutande snitt på ögat som är 2,5 mm långt. Ett litet hjälpsnitt på motsatt sida av ögat används för att manipulera linsen. En viskoelastisk substans insprutas i ögats främre del för att göra operationen säkrare.

När den grumlade linsen är borttagen, ersätts den med en vikbar plastlins. Operationen är smärtfri efter att ögat bedövats med smärtstillande droppar och tar 10–15 minuter för en mycket van kirurg. Avslutningsvis insprutas antibiotika för att minimera risken för infektion. Synen återkommer snabbt och man är i stort sett obesvärad strax efter operationen. Sedan kan man leva som vanligt, men får under några veckor ta ögondroppar dagligen.

Allteftersom operationsmetoder, beräkningsformler för linsstyrka samt linsutformningen förfinas kan man inte bara återfå synen efter en operation. Det går även i större utsträckning att behandla

Hans Setterquist,
ögonläkare och
kataraktkirurg.





bort de synfel (glasögonbehov) man hade innan operationen. Man kan i många fall slippa glasögon på antingen långt eller nära håll. Man kan slippa glasögon nästan helt om man opererar in så kallade multifokala linser (ungefär som dubbelslipade glasögon).

På Stockholms Ögonklinik utför vi för närvarande drygt 4.000 kataraktoperationer per år. Majoriteten av dessa utförs enligt det vårdvalsavtal som vi har med Stockholms läns landsting och patienten betalar endast patientavgift. Övriga operationer är privata eller utförs på uppdrag av försäkringsbolag.

Kataraktkirurgin är en mycket säker operation med mycket låg komplikationsfrekvens. Den mest fruktade komplikationen är infektion i ögat, som endast inträffar i mindre än ett fall per 3.000 opererade patienter. Detta gör att katarakt kan opereras redan när patienterna får sina första synbesvär och man behöver inte, som förr, vänta tills patienten fått svår synnedsättning med problem i arbetslivet och i trafiken.

Anders Petrelius,
ögonläkare och
kataraktkirurg.



Mats Örndahl,
ögonläkare och
kataraktkirurg.

MATS ÖRND AHL, ÖGONLÄKARE OCH KATARAKTKIRURG:

Multifokala linser vid refraktivt linsbyte ger glasögonfrihet

Under lång tid har refraktiv kirurgi, d v s kirurgisk behandling av olika synfel, för många varit synonymt med laserbehandling. Nyligen har dock en ökad efterfrågan från den tillväxande populationen med ålderssynthet drastiskt ändrat marknaden för refraktiv kirurgi. Detta har skett p g a ändrad livsstil bland medelålders och yngre pensionärer som värde- rar ett aktivt friluftsliv och praktiska lösningar för ett förenklat vardagsliv högt.

Multifokala linser används vid behandling av ålderssynthet, vilket uppkommer hos alla människor vid 40–50-årsåldern och medför allt större svårigheter att fokusera på nära håll. Synproblemet beror på att den egna linsen, som tidigare ändrat form och därmed brytningskraft vid fokusering på olika avstånd, stelnar till med åren. Traditionellt har man vid denna ålder då fått börja använda läsglasögon. Detta glasögonberoende ökar sedan med åren.

Ålderssynthet kan avhjälpas genom att man vid en operation ersätter den egna linsen inne i ögat med en artificiell lins, som har fokus på flera olika avstånd. Därav beteckningen multifokal lins. Med en sådan multifokal lins klarar de flesta sig helt utan glasögon.

Redan i mitten av 1990-talet utförde två av våra kirurger operationer med multifokala intraokulära linser. Resultatet blev ett bra när- och avståndsseende utan glasögon, men enstaka individer besvärades av en relativt hög grad visuella synstörningar såsom haloseende, ljusreflexer och nedsatt kontrastseende i dunkel belysning. Alla de stora linskirurgiföretagen har i många år deltagit i den optiska utvecklingen för att minska dessa oönskade bieffekter hos de multifokala linserna.

Den senaste generationen av multifokala linser visar ett klart bättre resultat och är ett stort steg närmare total patientnöjdhet. Med dessa linser uppnås idag 90–95 procent glasögonfrihet, både vid läsning och vid terminalarbete. Bieffekterna har blivit minimala och innebär för de flesta patienter inga störningar. Grundtekniken

vid denna typ av linsoperation är densamma som vid gråstarrskirurgi.

Med en noggrann förundersökning med senaste undersökningsteknik, kunskap och utvärdering av dess resultat samt noggrann informativ diskussion med patienten kan man idag med modern linskirurgi uppnå fantastiska resultat. Många gånger är det den individuellt avpassade behandlingen med optimalt linsval som är grunden till en mycket nöjd patient.

Vi på Stockholms Ögonklinik har idag fullständiga möjligheter att ge våra patienter glasögonfrihet i de allra flesta fall. Vi erbjuder högspecialiserade ögonkirurger och personal som har lång erfarenhet inom detta område och som löpande deltar i den internationella utvecklingen.



Multifokala
intraokulära linser.



Mats Rehnberg,
ögonläkare och
kataraktkirurg.

MATS REHNBERG, ÖGONLÄKARE OCH KATARAKTKIRURG:

Frihet med inre kontaktlinser – ICL och PRL

Kontaktlinser på ögats utsida känner alla till som ett glas-ögonfritt alternativ som korrigerar alla grader av närsynthet och översynthet och i viss mån även astigmatism. Nackdelen med kontaktlinser är att man behöver sätta in och plocka ut dem, förutom andra bestyr och återkommande kostnader. Man kan inte använda dem om ögat har en inflammation eller om ögat är torrt med dålig tår-film, vilket då ger skavningsbesvär och irritation.

Mindre känt är att det sedan drygt 10 år tillbaka finns inre kontaktlinser, som injiceras via mikroskopiska tunnelsekt i hornhinnans periferi. Denna lins placeras bakom pupillen och framför den egna linsen utan att den berörs.

I ena fallet – ICL – vilar ICL-linsen på den muskelhylla, som omger linsen och spänns i en båge framför den egna linsen. I andra fallet – PRL – flyter PRL-linsen framför den egna linsen.

Både ICL och PRL har hamnat i skuggan av synkorrigerande behandlingar med laser på hornhinnan. Laserbehandlingar har av både den breda allmänheten liksom delar av läkarkåren upplevts som mindre riskabla för ögat. De är enklare att utföra kirurgiskt och marknadsföringen är intensiv. ICL och PRL har därför i huvudsak blivit en räddningsplanka där lasern ej gått att använda, som när patienter har för stora brytningsfel i relation till hornhinnans tjocklek.

Med tiden har indikationsområdet dock vidgats tack vare större popularitet. Man kan nu beställa ICL-linser som behandlar även små till stora brytningsfel både för översynthet och närsynthet inklusive kraftig astigmatism.

Fördelarna med ICL och PRL är deras snabba synkorrigerande som är jämförbar med vanlig kontaktlinskorrigerande. De är även reversibla, dvs går att plocka ut senare i livet, samt ger hög precision i brytningsfrihet och långtidssäkerhet. Man ser ingen påverkan

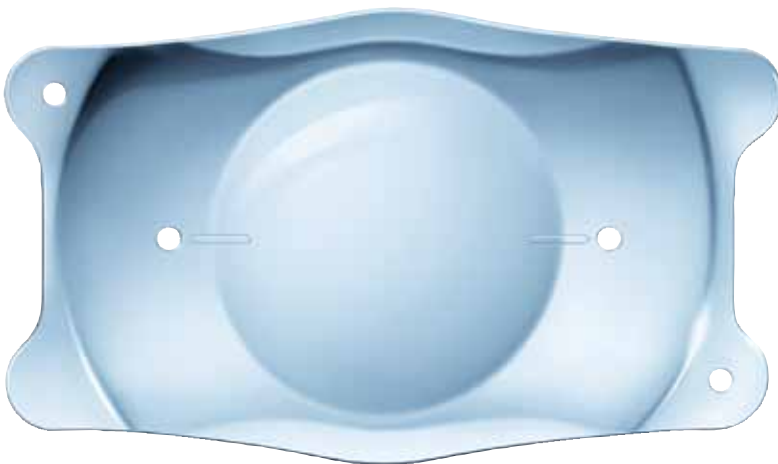
på hornhinnans tårfilm, brytning eller hållfasthet till skillnad från en laserbehandling, vars avtryck, om den ej utförs optimalt, kan vara svår att korrigera då den ej är reversibel.

Nackdelarna med ICL och PRL är framför allt kortsiktigt kirurgiska.

Den egna linsen kan störas vid ICL/PRL-implantationen och utveckla katarakt hos 0,5-3 procent, beroende på ålder hos patienten. Man kan då få en synnedsättning som måste opereras med en konstgjord lins. Tidigare användes monofokala linser men numera finns möjlighet även till multifokala linser.

Enligt vana ICL/PRL-operatörer är det svåraste att göra det obligatoriska perifera kompletterande irishålet i lagom storlek. Precision krävs för att undvika tryckstegring samtidigt som man ska undvika störande ljusinsläpp, vilket sker vid för stort irishål.

Den mest fruktade komplikationen är en bakteriell infektion i samband med ingreppet, vilket är extremt sällsynt. Flera hundra tusen ingrepp har utförts globalt med ICL/PRL och studier visar att patientnöjdheten är mycket hög och högre än vid laserkirurgi.



ICL-lins.



Maria de la Torriente,
ögonläkare och specialist
medicinsk retina.

MARIA DE LA TORRIENTE, ÖGONLÄKARE:

Näthinnesjukdomar

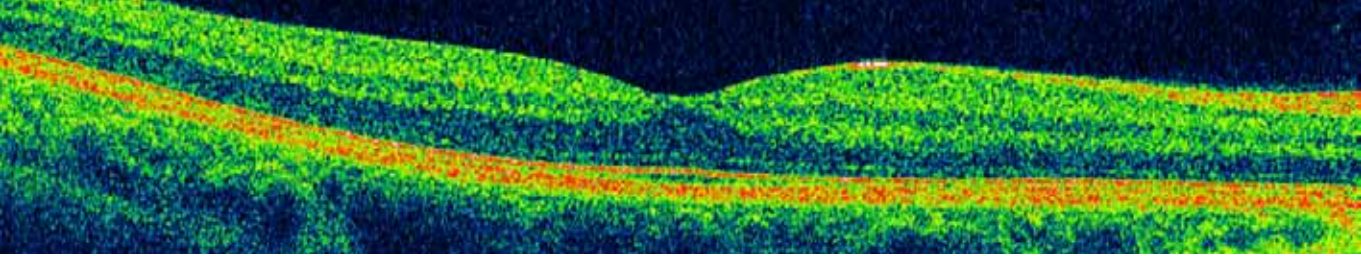
Näthinnesjukdomar såsom diabetesretinopati, åldersrelaterad makuladegeneration och venösa ocklusioner är den grupp av sjukdomar som ökar i takt med en åldrande population.

Diabetesretinopati hos typ 2 diabetiker orsakar ofta svullnad i näthinnsans viktigaste del, gula fläcken. Vid lindriga eller måttligt uttalade förändringar har patienterna inga symtom. Regelbunden undersökning av näthinnsans blodkärl med ögonbottenfotografering (diabetesscreening) är viktigt. Behandlingen syftar till att bevara den synförmåga som kvarstår och utförs för närvarande i första hand med laserbehandling. Tidig laserbehandling kan ofta men inte alltid hejda en progredierande diabetesretinopati. Så sent som i januari i år (2011) godkändes den första behandlingen som någonsin kunnat bevisa en förbättring av synen.

Den nya behandlingen innebär upprepade injektioner i glaskroppen med anti VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) och den ger bättre effekt än enbart laserbehandling. Behandlingen har visat sig minska svullnad i gula fläcken och ger därigenom en förbättring av synen. Samma behandling har under de senaste åren använts framgångsrikt vid våta förändringar i gula fläcken. Detta har inneburit en förbättring av synskärpan och därigenom bättre livskvalitet. Dessa patienter har tidigare inte fått tillgång till någon behandling och blivit hänvisade till synhjälpmedel som enda åtgärd.

Preparat som Lucentis® och Ozurdex® används nu i klinisk praxis. Vi utför behandlingar på patienter med privata försäkringar, men har ännu ej fått tillstånd att behandla patienter på uppdrag av Stockholms läns landsting trots att vi har hög kompetens inom detta fält.

Den åldrande populationen medför en ökning av screening vid diabetes och olika ögonbottenförändringar. Härigenom kommer också kraven på behandling och uppföljning av dessa patienter att öka. Tack vare dessa nya läkemedel har vi en ny era framför oss där vi kan förbättra synen för en stor del av denna patientgrupp.



Näthinnans lager i genomskärning genom gula fläcken.

BJÖRN STEÉN, MED DR, ÖGONLÄKARE:

Kirurgisk Retina – näthinnesjukdomar inklusive gula fläcken och glaskroppssjukdomar.



Glaskroppen fyller ut ögats inre och består av en sorts gelé som med åren tenderar att skrupna. Detta kan orsaka glaskroppsavlossning med störande grumlingar, ibland även hål på näthinnan. Detta kan leda till näthinneavlossning, eftersom glaskroppen ligger klistrad mot näthinnan (retina). Glaskroppsblödningar kan drabba personer som har diabetes eller blodpropp i näthinnan. Blödningar kan också uppstå vid svårare glaskroppsavlossning. Med vitrektomi (glaskroppsoperation) i lokalbedövning kan grumlingar, näthinneförändringar och blödningar avlägsnas.

Vitrektomi är en extrem mikrokirurgisk titthålsoperation, där den naturliga pupillen används som fönster in i ögats bakre segment. Instrumenten som används inuti ögat är bara ett par millimeter tunna och utformade som ljussonder, pincetter, saxar, diatermipennor och laserkanonstavar. Tekniken är suturlös tack vare minimala ingångsöppningar, via ögonvitan, som är självslutande. Makulahål och macular pucker (skrynklig membranbildning på näthinnans gula fläck) kan opereras framgångsrikt med vitrektomi. Dessa tillstånd kännetecknas av bildförvrängning och nedsatt detaljseende centralt i synfältet.

Näthinneavlossningar och svåra ärrbildningar eller kärlnybildningar vid diabetes har nuförtiden betydligt bättre prognos tack vare den förfinade tekniken. Man kan även använda gas, silikonolja eller kryopexi som tekniska hjälpmedel vid svårare vitrektomifall.

Alla dessa operationer utförs som dagvårdskirurgi och kan lämpligen utföras på Stockholms Ögonklinik.



Björn Steén,
med dr, ögonläkare
och näthinnekirurg.



Bertil Calel,
ögonläkare och
glaukomspecialist.

BERTIL CALEL, ÖGONLÄKARE, GLAUKOMSPECIALIST:

Om glaukom och nyttan av tidig upptäckt

Glaukom (grön starr) är vanligen en långsam, progressiv ögonsjukdom som ger upphov till typiska skador på synnervspapillen, näthinnans nervfiberlager och synfältet. Förr krävdes förhöjt ögontryck i sjukdomsdefinitionen, men det behövs ej numera för diagnosen primärt öppenvinkelglaukom.

Glaukom förekommer i olika former och den vanligaste av dem är primärt öppenvinkelglaukom som utgör cirka 75 procent av alla glaukom. Idag uppskattas 60 miljoner människor ha glaukom. Sjukdomen är den näst vanligaste orsaken till blindhet i västvärlden. Andelen sjuka i befolkningen över 40 år med öppenvinkelglaukom uppskattas till 2 procent. Denna siffra ökar med stigande ålder. Hos 75-åringar var den drygt 5 procent i en stor screeningundersökning som gjordes i Malmö. Cirka 50 procent av alla glaukom som upptäcks är tidigare odiagnostiserade. Detta belyser att det är svårt att själv upptäcka sjukdomen i ett tidigt stadium.

Debuten är oftast smygande och ger inga symtom hos den drabbade förrän stor skada redan har inträffat, vilket vanligen tar flera år. Oftast börjar sjukdomen i ett öga och det friska ögat kompenserar för synfältsbortfallet i det sjuka ögat genom att hjärnan fyller i för blinda områden i synfältet. Orsakerna till glaukom är ej fullt kända men den vanligaste riskfaktorn är att trycket inuti ögat är för högt. Man kan även få glaukom om ögontrycket är normalt, normaltrycksglaukom, och man kan ha förhöjt ögontryck, okulär hypertension, utan att utveckla sjukdomen. Att endast mäta ögontrycket är ej tillräckligt då man vet att cirka 50 procent av glaukomfallen ej upptäcks med enbart en tryckmätning. Även blodcirkulationen i ögat antas bidra till att sjukdomen utvecklas. Vem som helst kan få glaukom men risken är något högre när glaukom finns i familjen eller hos nära släktingar.

Sjukdomen är svår att upptäcka tidigt utan speciella undersökningar. Vid dessa undersökningar görs ett synfältstest, synnerven inspekteras och ögontrycket mäts. Med hjälp av dessa undersökningar, som är smärtfria, och genom uppföljningskontroller kan man upptäcka sjukdomen i tidiga stadier. Den samlade forskningen

har visat att det lönar sig med behandling som sänker ögontrycket. Oftast går det bra att bromsa sjukdomsprocessen om den upptäcks i tid. Tyvärr har man inte ännu kunskapen att reparera den skada som redan uppkommit på synnerven.

All nuvarande behandling av glaukom går ut på att sänka ögontrycket, vilket vanligen sker med ögondroppar. Dessa minskar antingen produktionen av kammarvätska eller så ökar de utflödet av kammarvätska från ögat. Om en typ av ögondroppe ej ger tillräcklig effekt kan en kombination av ögondroppar användas. Andra typer av behandling som finns att tillgå för att sänka ögontrycket är laserbehandling eller kirurgisk operation. Behandlingen är individuell och anpassas till hur stora skadorna på synnerven är, i vilken takt skadorna förvärras, personens ålder och till egna önskemål. De flesta som har glaukom har små till måttliga problem med synen, men det finns risk för att glaukom leder till allvarlig synskada eller blindhet. Sämst prognos har vanligen de patienter där redan en uttalad skada föreligger vid upptäckt. Det är därför viktigt att gå på regelbundna kontroller. De flesta som har sjukdomen kan använda sin syn livet ut.

Vid Stockholms Ögonklinik kan vi erbjuda en omfattande glaukomscreening som innefattar synfältsundersökning, tryckmätning, synskärpeprövning, spaltlampeundersökning, mätning av hornhinnans tjocklek och fotodokumentation av synnerven med dataanalys. Undersökningarna är smärtfria och utförs av en specialutbildad sköterska.



Anna Pettersson,
ögonsjuksköterska.

Ögonsjuksköterskan
Elisabet Lingö gör en
glaukomscreening.





Per Sandkull,
ögonläkare.

PER SANDKULL, ÖGONLÄKARE:

Ögonlocksbekymmer och förändringar runt ögonen

Vilka är de vanligaste besvären runt ögonen? Inkapslade vaglar, chalazion, är mycket vanliga, särskilt bland yngre patienter. Det är en inflammation av körtlar i ögonlocket som blir kroniska. Behandlingen är vanligen kirurgisk och efter att ha injicerat bedövningsmedel i ögonlocket så avlägsnar man vageln, vanligen från insidan av ögonlocket.

Felställda ögonlock – vanligast hos äldre. När människan åldras mister huden runt ögonen en del av sin naturliga elasticitet och spänst. Det nedre ögonlocket kan då tappa sin normala form och istället vika sig utåt, vilket kallas ektropion. Detta ger besvär eftersom tårpunkten inte längre ligger som den ska mot ögat och tårarna inte längre kan rinna undan som tidigare utan istället rinner ut på kinden. Ögonlocket kan också se rött ut eftersom slemhinnan på insidan av ögonlocket vänds utåt. Detta kan ge skavbesvär, irritation och återkommande infektioner.

Ögonlocken kan också rullas inåt vilket gör att ögonfransarna hela tiden ligger och skaver mot ögat och hornhinnan. Detta kallas för entropion och är mycket irriterande eftersom det hela tiden känns som det finns något skräp i ögat. Det kan också i ovanliga fall skada ögat genom att det blir ett sår på hornhinnan som kan infekteras.

För att korrigera dessa två sjukdomar krävs en ögonplastikoperation där man återställer ögonlockets form och därmed funktion.

Överskottshud och hängande ögonlock. När huden på ögonlocken blir äldre ändras mjukheten och elasticiteten i huden. Ögonlockshuden kan töja sig och bli skrynklig. Detta gör att man får för mycket hud på ögonlocket, som både ger ett trött och sömningt intryck. Det kan bli så uttalat att synen försämras. Ögonlocken kan också kännas tunga, vilket kan ge huvudvärksbesvär.

För att återställa formen och funktionen måste man göra en ögonplastikoperation. I samråd med patienten går läkaren igenom vad som är möjligt att återställa och vilka önskemål patienten har. Först får patienten bedövningsmedel och sedan avlägsnas en oval



Karin Bandling, ögonläkare,
och Tomas Wijk, ögonläkare.

hud- och muskelstrimma från övre ögonlocket. Ibland tas även lite omgivande fett bort. Därefter sys huden ihop och stygnen får sitta i fem till sju dagar. Patienterna har vanligen obetydliga besvär efter operationen, sällan värk men däremot ordentliga blåmärken som kan sitta i upp till två veckor. Man kan också känna en viss känselnedsättning och stelhet i ögonlocket. Ärrläkningen fortsätter sedan i fem till sju månader.

Ibland kan hängande ögonlock bero på att senan, som ögonlockshöjarmuskeln sitter fast i, har tappat sin normala form och blivit mjuk och uttänjd. Då räcker det inte med att ta bort överskottshud för att bli av med de tunga ögonlocken, utan man måste också göra en operation som höjer själva ögonlocket. Ofta kan dessa två operationer kombineras.

Knölar, knutor och vårtor. Det är vanligt med olika typer av mindre hudförändringar på ögonlocken eller på ögonlockskanten. Det kan vara cystor av olika slag eller hudflikar. Det förekommer också olika former av tumörer. De flesta tumörer är dock godartade som födelsemärken (nävus) eller vårtor (papillom). Behandlingen är vanligen kirurgisk och innebär att man avlägsnar förändringen genom en operation.

FÖRE ÖGONLOCKSPLASTIK...



...OCH EFTER



Botoxbehandling kan hjälpa

Vad kan behandlas med botox?

Ofrivilliga ögonblinkningar och knipningar, ryckningar i musklerna runt ögonen och ofrivillig ögonlockstängning blir inte sällan socialt mycket handikappande. De kan även försämra synen. Besvärerna kallas ofta populärt för tics men det är en sjukdom som heter ansiktsdystoni (eller essentiell benign blefarospasm).

Det finns uppskattningsvis 400–500 personer i Sverige med sjukdomen varav 60 procent är kvinnor.

Ökad blinkfrekvens är ett vanligt första symptom. Besvärerna

börjar ofta på ena sidan med ökande blinkfrekvens. Blinkningarna kan sedan övergå i så kraftiga knipningar att ögonlocket hålls ofrivilligt stängt under någon till några sekunder.

Orsak

Besvärerna har sin grund i en okänd störning i balansen mellan ingående och utgående information till de muskler som finns runt ögat.

Stress verkar ofta vara en utlösande faktor. På samma sätt som stress kan förvärra besvär kan avslappning i vissa fall mildra tillståndet.

Behandling

Den enda effektiva behandling mot sjukdomen är injektioner med Botox. Denna behandling görs på ögonklinikerna.

Botox blockerar överföringen mellan nerverna till musklerna. Det ger en tillfällig förlamning av den överaktiva muskeln.

Redan två till tre dagar efter första injektionen brukar patienten få lindring. Behandlingen behöver upprepas var tredje månad, ibland oftare. Det är mycket ovanligt med biverkningar, men eftersom de ändå kan förekomma börjar man alltid behandlingen med en låg dos som man sedan kan öka.



Medarbetare

Aspengren Lottie, undersköterska
Attorps Rita, ögonläkare
Bergman Louise, ögonläkare
Brewitz Meta, läkarsekreterare
Börrefors Marie, receptionist
Calel Bertil, ögonläkare
Eklund Sara, undersköterska
Eriksson Ann, ögonsjuksköterska
Eriksson Annie, sjuksköterska
Flodqvist Solfrid, sjuksköterska
Gullack Nilsson Eva, ortoptist
Hansson Gunilla, operationssjuksköterska
Heiniola Marco, ögonsjukskötare
Holmberg Julia, läkarsekreterare
Jahnberg Ann-Katrin, koordinatör
Jahnberg Peder, ögonläkare

Jansson Ida, undersköterska
Johansson Elsy, läkarsekreterare
Johansson Marie, verksamhetschef
Juto Nils, ögonläkare
Jönsson Kasper, ekonomiassistent
Karlheden Britt-Marie, chefssekreterare
Kjellström Annika, undersköterska
Kollin Kricke, ögonsjuksköterska
Lund Birgitta, operationssjuksköterska
Lundberg Cecilia, ögonsjuksköterska
Norbeck Markus, IT-assistent
Ohrberg Mia, ögonsjuksköterska
Petterson Anna, ögonsjuksköterska
Petrelius Anders, ögonläkare
Philipson Bo, professor, ögonläkare
Rehnberg Mats, ögonläkare



Rimbe Minna, ögonsjuksköterska
Rosenberg Carina, receptionist
Ryberg Anna, ögonsjuksköterska
Rydén Anne, undersköterska
Sandkull Per, ögonläkare
Saenger von Wenche, receptionist
Schinkler Mian, receptionist
Schölin Maria, chefsjuksköterska
Setterquist Hans, ögonläkare
Sievert Rebecca, ögonläkare
Silwer Erica, undersköterska
Sjöberg Monica, läkarsekreterare
Steén Björn, ögonläkare
Stener Åsa, läkarsekreterare
Strand Katrin, undersköterska
Svedberg Helena, ögonläkare

Svensson Inga, undersköterska
Toriente de la Maria, ögonläkare
Trané Eva, ögonläkare
Wijk Tomas, ögonläkare
Walters Mona, värdinna
Örndahl Mats, ögonläkare

Saknas på bilden:

Bandling Karin, ögonläkare
Boström Nina, receptionist
Carle Petrelius Berit, ögonläkare
Hammarström Isabella, ögonläkare
Lingö Elisabet, ögonsjuksköterska
Magnius Karin, ögonläkare
Tynell Margareta, läkarsekreterare
Östberg Magnus, redovisningsekonom



Oro byttes mot skarp syn och ett liv utan glasögon

– Plötsligt, en vacker höstdag när jag var ute och promenad med min hund, såg jag hur Millesstatyn på Nacka Strand hade två vattenstrålar istället för en. Kort därefter såg jag dubbel uppsättning fotbollsspelare på plan. Det var skrämmande och jag blev mycket orolig.

Tandläkaren Ewa-Lotta Berg berättar om alla oroliga tankar som hann flyga genom hennes huvud den dramatiska höstdagen. Som egenföretagare kunde hon använda sin företagsförsäkring för att snabbt få komma till en ögonspecialist som konstaterade att hon drabbats av katarakt, grå starr, på båda ögonen. Att det ”bara” handlade om folksjukdomen grå starr och inget allvarigare var en lättnad för Ewa-Lotta.

– Sjukdomen hade kommit smygande. Jag hade inte noterat några varningstecken. Nu i efterhand förstår jag dock att det faktum att jag behövde allt starkare ljus i samband med mina patientundersökningar var ett tecken på att jag höll på att utveckla katarakt.

För operationen blev hon rekommenderad Stockholms Ögonklinik. Ett öga opererades i december 2009 och det andra ögat i februari året därpå.

– Läkaren gjorde ett snitt i ögat och slog sönder den grumliga linsen med ultraljud. När linsen hade sugits ut med en tunn sug såg jag ett ljussken i två sekunder. Därefter var den nya linsen på plats. Läkaren berättade hela tiden för mig vad som skedde, steg för steg, vilket kändes tryggt.

– Allt var klart på 45 minuter, från det att jag kom in på kliniken till att jag i lugn och ro kunde dricka en kopp kaffe efter operation.

Ewa-Lotta berättar om den sensationella känsla hon erfor när hon genast efter operationen tog fram en tidning:

– Jag såg som en falk! När båda ögonen var opererade kunde jag dessutom slänga mina läsglasögon.

Ewa-Lotta var en lämplig kandidat till att få en dubbelbrytande speciallins – sk multifokal lins – inopererad och därmed också bli av med sin ålderssynthet:

– Det är som att ha fått helt nya ögon.

EWA-LOTTA BERG
fd tandläkare

Diagnos

Katarakt med multifokal lins.

Ansvarig läkare

Mats Rehnberg,
leg läkare och
ögonspecialist.

Ögonlocksoperation rena lyftet för Hedi

– Det var efter min kataraktoperation, då jag återigen såg som en 25-åring, som jag spontant bestämde mig för att också göra en ögonplastik!

Hedi Eliason var nyopererad på båda ögonen för grå starr och njöt av sin fullgoda syn, när tanken om ett ögonlockslyft slog henne. Hon ville ta bort överskottshud och skapa en ögonlocksform som gav henne ett lite piggare utseende.

Efter kontakt med Stockholms Ögonklinik beslöt sig Hedi Eliason för att genomföra även den operationen vid klinikens mottagning vid Sophiahemmet.

– Operationen krävde inga förberedelser, genomfördes i lokalbedövning och tog bara 45 minuter. Jag fick tacksamt nog inga blåmärken och en vecka senare togs stygnen bort, berättar hon. Jag är så nöjd över att jag gjorde operationen. Nu har jag fått både ny syn och nya ögonlock!

Operationen har gett Hedi Eliason ett piggare utseende, men förändringen upplevs ändå som naturlig av hennes omgivning.

– När jag berättar om operationen reagerar folk positivt och tycker att det har blivit snyggt.

Hedi har även inspirerat flera väninnor till att lyfta ögonlocken.

– De är i regel mer oroliga än vad jag var, men jag kan lugnande säga till dem att ”det går som i ett nafs”. Det är en trygghet att bli opererad av erfarna ögonspecialister som kan hela området kring ögat.

HEDI ELIASON
Aktiv pensionär

Behandling
Kataraktoperation
och ögonlocksplastik.

Ansvarig läkare
Karin Bandling,
leg läkare och
ögonspecialist.



ELIN FAGERBERG
entreprenör och
make up-artist

Behandling

Inopererade PRL-linser.

Ansvarig läkare

Bo Philipson,
professor och
ögonspecialist.

Extra engagerad läkare öppnade nya världar för Elin

– 23 april 2009 var den lyckligaste dagen i mitt liv. Det datumet har blivit min extra födelsedag då jag firar att jag nu kan leva ett normalt liv fullt ut – arbeta, sporta, resa. Men utan extra engagerad läkare och optiker hade jag aldrig blivit av med mitt handikapp.

Elin Fagerberg föddes gravt synskadad. Vid 28-års ålder hade hon 3-procentig syn kvar och ett kraftigt brytningsfel. Det var ett handikapp som hindrade henne från många aktiviteter och ett handikapp som under hela uppväxten hade orsakat stor oro för hela familjen.

Men hjälp av glasögon kunde hon se 25 procent, med linser 60 procent. Vardagen fungerade med linser, men det var inget långsiktigt alternativ för Elin. Hennes ögon var torra och känsliga och de perioder hon besvärades av förkylningar och andra infektioner kunde hon inte använda linser utan var hänvisad till glasögon.

– I många, många år sökte jag hjälp i sjukvården men fick alltid beskedet att inget fanns att göra. Min synskada var för grav och riskerna med en korrigerande operation ansågs för stora. Under alla år kände jag ett stort stöd från min optiker, men bristen på engagemang och empati från sjukvårdens sida var påfallande.

För ett par år sedan beslöt Elin att göra ett sista försök att få hjälp. På Stockholms Ögonklinik gav professor Bo Philipson inte heller mycket hopp. Synskadan var såpass ovanlig.

– Men han började söka efter linser. Det hade ingen ögonläkare gjort tidigare.

Elin berättar med inlevelse om den dagen då hon fick ett positivt besked. Bo Philipson hade hittat lämpliga ICL-linser med kraftig styrka och var beredd att operera hennes ögon.





- Visst innebar operationen risker, inte minst för näthinneavlossning, men jag var fast besluten om att genomföra den. Det hade varit min dröm i alla år.

Själva operationen tog 15 minuter per öga och hon hade med sin man under operationen.

- Visst var jag nervös, jättenervös. Men alla gjorde sitt yttersta för att jag skulle vara lugn. I mitt fall var det en särskild utmaning eftersom jag även fick ta av mig min hörapparat under operationen.

Både vardag och fest har blivit roligare och intressantare, konstaterar Elin:

- Jag älskar att simma. Nu kan jag dyka under vatten helt obehindrat! Och jag reser. Långa flygresor går smidigt utan meck med torra ögon och linser. Sedan operationen har jag gjort sex utlandsresor! Det har nu gått två år sedan operationen men varje morgon när jag vaknar är jag lika glad och förundrad över att jag ser så bra!

Det är egentligen bara en sak som Elin inte är nöjd med:

- Jag fick bekosta operationen med egna medel, även om det handlade om ett allvarligt handikapp. Landstinget borde ha finansierat operationen, även om hjälpen kom från en privat klinik.



SIV HAGMAN BERGSTRÖM
Controller

Diagnos
Glaukom.

Ansvarig läkare
Helena Svedberg,
leg läkare och
ögonspecialist.

Förebyggande undersökning som räddar synen

– Det var en ren tillfällighet att jag kom på glaukomscreening i tid. Nu förstår jag vilken avgörande betydelse det hade för mig. Idag har jag medicinering och uppmanar verkligen alla, särskilt de med grön starr i släkten, att regelbundet undersöka sig i förebyggande syfte. En tidig upptäckt gör att utvecklingen av grön starr kan förhindras eller fördröjas.

Siv Bergström var på undersökning hos sin optiker och blev som kund erbjuden möjligheten att göra en undersökning av trycket i ögat.

– Tanken hade aldrig slagit mig, men jag nappade på erbjudandet. Undersökningen visade att Siv hade på gränsen till förhöjt tryck i ögonen och optikern valde därför att remittera henne till Stockholms Ögonklinik för en glaukomscreening och synfältsundersökning. Glaukom är den medicinska benämningen för grön starr och förhöjt tryck i ögat är första tecknet på att man kan hålla på att utveckla grön starr.

Sköterskan på mottagningen kunde bekräfta att Sivs ögon var ett gränsfall, men att det inte fanns anledning till några åtgärder eller medicinering. Siv bestämde sig dock för att göra en ny screening ett år senare. Och då var resultatet helt annorlunda.

– Trycket hade gått upp från 20 till 42. Jag blev alldeles chockad. Jag fick trycksänkande droppar i ögonen och en timma senare gjordes en ny mätning.

Medicinen hade normaliserat trycket och läkaren kunde också lugnande upplysa Siv om att det inte fanns någon påverkan i hennes synfält, dvs ingen grön starr hade utvecklats.

Glaukom är en smygande sjukdom och det är först när den har fortskridit rejält, och skadorna på synnerven blivit permanenta, som man i regel märker av sjukdomen i sin vardag. Glaukom är en av de vanligaste orsakerna till blindhet.

– Jag sköter min medicinering noggrant. Eftersom jag har linser till vardags har jag fått ögondroppar utan konserveringsmedel, berättar Siv.



- Självklart tänker jag på att jag kan utveckla grön starr, men jag känner mig i trygga händer på Stockholms Ögonklinik. De har den mest omfattande screeningundersökningen i landet.

Ingen i Sivs släkt har grön starr, men annars är det vanligt att ärftlighet spelar stor roll huruvida man utvecklar sjukdomen.

- Eftersom ingen i min familj har haft grön starr kände jag inte till så mycket om sjukdomen. Om inte optikern hade tagit initiativet hade jag än idag inte kommit iväg på glaukomscreening.

Stockholms Ögonklinik 20 år,

91 Födelsen 1991

År 1991 föddes en ögonklinik på Sophiahemmet. Initiativtagare var docent Folke Jansson som tillsammans med professor Bo Philipson etablerade en systerklinik till S:t Eriks Ögonsjukhus. Det gjordes efter godkännande av professor Björn Tengroth och sjukhusdirektör Sören Olofsson vid S:t Eriks Ögonsjukhus. Kliniken, som med tiden fick namnet Stockholms Ögonklinik, var den första större privatdrivna öppenvårdskliniken. Det var en storsatsning från start med två skraddarsydda operations-salar med senaste tekniska utrustning. Samma år togs 2.000 patienter emot vid mottagningen och 400 opererades för gråstarr. En av förgrundsgestalterna inom katarakt- och hornhinnekirurgi i Sverige, docent Åke Holmberg, arbetade på ögonkliniken. Den första etableringen skaffades 1992 med Rita Attorps som innehavare.

Redan från början låg Stockholms Ögonklinik i framkanten av utvecklingen. Man var bland de allra första att erbjuda närsynt-hetsoperationer med hjälp av Excimerlaser.

Inom det administrativa området var man också pionjär. Redan efter ett år införde man datajournaler som underlättade arbetet både för läkare och personal.

93 Första gråstarrsoperationerna på uppdrag av landstinget

Åren 1993–95 präglades av att de första kataraktoperationerna utfördes på uppdrag av Stockholms läns landsting med doktor Claes-Johan Linde som operatör. Det betydde att antalet operationer ökade till 700 årligen och antalet mottagningsbesök uppgick till 15.000. Samtidigt började också den nyinköpta ögonbotten-lasern att användas av doktor Nils Juto.



Marie Johansson,
verksamhetschef.



Rita Attorps,
ögonläkare.



milstolpar i klinikens utveckling

Danderyds sjukhus ögonverksamhet blir en del av kliniken

Efter ett par år var det dags att expandera rejält. Stockholms Ögonklinik träffade sitt första vårdavtal med Stockholms läns landsting 1997. Det innebar i praktiken att kliniken tog över ögonsjukvården vid Danderyds sjukhus. Det var epokgörande att ta över en sjukhusverksamhet i den privatdrivna öppenvården.

Stockholms Ögonklinik investerade på nytt i diagnosutrustning och började med digital ögonbottenfotografering och digital ögonangiografi.

Antalet gråstarrsoperationer nästan fördubblades till 1.300 och mottagningen tog emot 28.000 besök.

Klinikens ledning

Ledningsgruppen, som sedan 1997 bestått av Bo Philipson, verksamhetschefen Marie Johansson samt chefsjuksköterskan och personalchefen Maria Schölin, utökades 2007 med tre läkare, Hans Setterquist, Maria de la Torriente och Bertil Calel. Vid frågor rörande klinikens operationsverksamhet adjungeras operationschefen Birgitta Lund.

Tvätten på Sophiahemmet blev ögonsjukvård

År 1998 hade Stockholms Ögonklinik växt ur sina lokaler och det sista av tvätten på Sophiahemmet flyttade ut och ersattes av lokaler för fem läkare. Senare har kliniken även fått lokaler i Q-huset.

Kort därefter var det dags för flytt igen för att bereda plats för det växande antalet patienter. Administrationen fick flytta ut från Sophiahemmet för att år 2001 landa på Odengatan 1.

97

98

Nils Juto,
ögonläkare.



Maria Schölin,
chefsjuksköterska.



Birgitta Lund,
sektionschef
operation.

01

Fördubblar kataraktoperationerna till tioårsjubiléet

Den unga kliniken nästan fördubblade antalet kataraktoperationer jämfört med två år tidigare. Jubiléet firades med öppet hus och middag på Cedergrenska Tornet i Stocksund.

Under jubileumsåret tog tioåringen emot nästan 30.000 patienter och gav över 2.600 gråstarrspatienter synen åter.

Patienter från försäkringsbolagen började behandlas vid Stockholms Ögonklinik. Det gällde både besök vid mottagningen och gråstarrkirurgi. Denna verksamhet har ökat med 15 procent per år och utgör nu 28 procent av vår verksamhet.

04

Mottagningsverksamheten flyttar till Valhallavägen 58

Operationerna ökade vid Sophiahemmet och mottagningsverksamheten expanderade så kraftigt att en filial behövdes. Fastigheten vid Odengatan 1/Valhallavägen 58 köptes och år 2004 flyttade ögonläkarmottagningen från Engelbrektskatan in. Tre läkare är nu verksamma vid mottagningen. All synfältundersökning och synnervsanalys flyttades också till Valhallavägen 58.

05

I bräschen för kvalitets- och miljöcertifiering

Stockholms Ögonklinik har alltid haft patienterna i centrum och vårdkvalitet som ett adelsmärke. Man fortsatte att vara föregångare i den privatdrivna vården. Redan år 2005 genomförde kliniken den omfattande certifieringen av verksamheten genom ISO 9001 och ISO 14001, där Christina Kollin har utfört ett utmärkt arbete. Varje år recertifieras kliniken.

07

Spetskompetens och ytterligare vårdutveckling

Den för patienterna med grön starr så viktiga glaucomscreeningen började erbjudas år 2007 med Elisabet Lingö och Anna Pettersson som utförde arbetet med Bertil Calel som läkarresurs.

Utökad spetskompetens tillfördes år 2008 när medicine doktor Björn Steén startade med retinalkirurgi. Kliniken tog därmed ytterligare ett steg i utvecklingen genom att nu kunna erbjuda kirurgisk behandling av ytterligare ett viktigt segment av ögonsjukvården - näthinnan.

Vårdval för kataraktoperationer

På uppdrag av Stockholms läns landsting är Stockholms Ögonklinik en av de största privata vårdgivarna när det gäller att operera katarakt. När patienterna fick rättigheten att själva fritt välja klinik för sin operation ökade antalet patienter kraftigt vid Stockholms Ögonklinik, från 1.620 år 2008 till 4.000 år 2010.

Samtidigt ökade antalet patienter med privat försäkring tack vare klinikkens bredd och tillgänglighet. Det sammanlagda antalet patientbesök är nu uppe i 59.000 (2010).

År 2011 blir den äldsta kompletta privatdrivna ögonkliniken 20 år!

Utvecklingen av ögonsjukvården har bara börjat och allt fler patienter kan få hjälp för ögonsjukdomar utanför de stora sjukhusen genom att vårdval införs i Stockholms län.

Framtidens ögonsjukvård

Ögonsjukvården genomgår en snabb utveckling och nya behandlingsmöjligheter presenteras snabbt. Sista åren har medicinska behandlingar av näthinnesjukdomar dominerat. Men även vid glaukom, hornhinnesjukdomar och inflammationer kommer nya forskningsframsteg och behandlingar, som vi är beredda att kunna erbjuda våra patienter så fort Stockholms läns landsting samtycker och ger oss ekonomiska möjligheter. Vi hoppas att kliniken kan fortsätta att vara en av ledarna inom utvecklingen av framtidens ögonsjukvård.

09

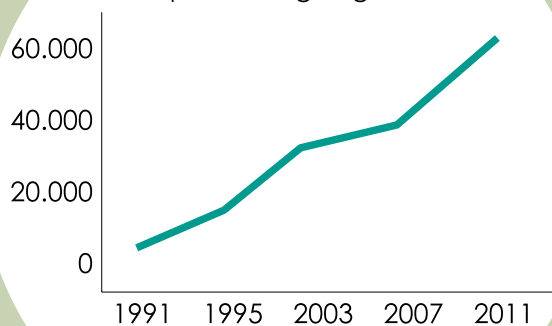


Antal gråstarrsoperationer
1991–2011



*avvikelsen beror på neddragningar i Stockholms läns landstings beställningar

Antal SLL-besök
på mottagningen





BO PHILIPSON, PROFESSOR, ÖGONSPECIALIST:

Historiska och personliga utblickar på kataraktkirurgi



Jaques Daviel.

Kataraktkirurgi i form av starrstickare har förekommit i Sverige sedan 1400-talet. Vanligen var det tyska kringresande starrstickare som även var urinstenskrossare. Flera av dem hade stor framgång även om komplikationsfrekvensen var mycket hög. Huvudsakligen rörde det sig om enstaka helt blinda patienter som behandlades.

Ögonkirurgi i egentlig mening, där man tar bort den grumlade linsen, startade med Jacques Daviel 1747 på Hotel Dieu, ett sjukhus i Paris. Ingreppet var en kataraktextraktion som krävde ett stort snitt jämfört med starrsticket men ändå gav betydligt bättre resultat trots att sterilitet var ett okänt begrepp. Nackdelen var givetvis att patienterna fick ligga till sängs en lång tid efter ingreppet för att ögat skulle läka ihop utan suturer.

Kataraktextraktion ersatte starrstick. Metoden spred sig relativt snabbt till Sverige, där överfältskär Olof af Acrel på Serafimerlasarettet 1759 utförde den första kända starrextaktionen i Sverige och efter 1760 använde han endast denna metod. Men flera andra kirurger fortsatte att använda starrstick. Då tryckte man ned linsen i glaskroppen med ett spetsigt instrument.

Av statistik från Serafimerlasarettet framgår att man under åren 1756–1811 utförde två operationer per år. Under 1800-talet utvecklades operationsmetoden främst med Albert von Graefe's berömda kniv, med vilken man skapade en stor lambå av bindehinnan som hjälpte till att stabilisera snittet.

Ögonläkare som egen profession. Hela denna tidiga utveckling skedde inom den kirurgiska specialiteten eftersom opererande ögonspecialister ännu ej utbildats i Sverige. Det var först i slutet av 1800-talet som ögonläkare började utbildas.

Aseptik infördes i slutet av 1800-talet och den intrakapsulära extraktionstekniken infördes i början på 1900-talet. Hela linsen med sin kapsel togs ut och det innebar betydligt mindre inflammatorisk reaktion trots att snittet var något större. Operationstekniken innefattade ett stort snitt, tjocka silkesuturer eller suturer av humant hår. Däremot saknades antibiotika, steroider och effektiv anestesi.

Läkningen tog lång tid och ledde till långa vårdtider. Operation tillgrips oftast endast vid kraftig synnedläggelse eller vid svåra skador.

Sverige i framkant av utvecklingen. Den enormt snabba utveckling vi sett inom ögonkirurgin under de senaste 40 åren beror på en mängd innovationer, där vi i Sverige i vissa fall varit bland de ledande. Mikrokirurgin har till stor del utvecklats inom oftalmologin och operationsmikroskopet gjorde sitt inträde under slutet av 1960-talet med Åke Holmberg som en av pionjäreterna. Bättre suturer, främst de tunna 9-0 och 10-0 nylonsuturer, gav möjlighet att få en mer exakt slutning av operationssnittet. Detta gjorde det möjligt att korta ner vårdtiderna på sjukhusen, som var den stora flaskhalsen för att öka antalet operationer.

Dessutom förbättrades operationstekniken successivt. Vi gick ifrån 12-14 mm snitt vid intrakapsulär cryoextraktion, som var den dominerande metoden i slutet av 1960- och 1970-talet. Cryoextraktion innebar att en tunn metallspets frystes fast mot linsen, som sedan kunde luxeras ut. Snittstorleken minskade till 8-10 mm vid den extrakapsulära tekniken med betydligt snabbare synrehabilitering. Vid denna teknik öppnades linskapseln och linssubstansen mobiliserades ut och kapseln spolades ren. Idag är den av Charles Kelman, under 1967 och framåt, utvecklade fakoemulsifikationsmetoden helt dominerande (se sida 10).

Korrektion av afaki. Glasögon med tjocka plusglas gav ofta en mycket bra synskärpa, men hade betydande andra optiska nackdelar pga prismatiska effekter. Under 1970- och 1980-talet fick cirka 5 procent av patienterna mjuka kontaktlinser tidigt efter operationen. Kontaktlinser fungerar optiskt mycket bra men medför skötselproblematik, vilket avskräcker många äldre patienter. Det blev därför en stor förbättring när intraokulära linser började inopereras i större skala i Sverige vilket skedde först under början av 1980-talet, trots att Sir Harold Ridley i London gjort sin innovation redan 1949. Enstaka linser inopererades i Sverige - redan på 1950-talet av Bengt Rosengren i Göteborg, senare av Maurizio Pandolfi i Lund och Björn Wulfing på Sophiahemmet i Stockholm i slutet av 1970-talet.

Utveckling av viskoelastika. En faktor som har haft avgörande betydelse för att göra kataraktkirurgin betydligt säkrare var utvecklingen av viskoelastika för att ge ökat utrymme i ögat. Den första viskoelastikan utvecklades av Endre Balazs i Boston och patenterades 1978.



Charles Kelman.



Sir Harold Ridley.



Åke Holmberg,
docent och
ögonläkare.

Pharmacia AB i Uppsala köpte rättigheterna av Endre Balazs att få utveckla ett preparat för ögonkirurgi. Preparatet benämndes Healon® med en molekylvikt av ca 4.000.000 och kom ut på marknaden 1980. Genom min kunskap inom kataraktkirurgi och linsforskning samt att jag dessutom tillbringat ett år (1971-1972) som forskningsstipendiat hos Endre Balazs i Boston, blev jag tidigt kontaktad av Pharmacia AB för att diskutera de intressanta användningsområdena för Healon® inom ögonkirurgin.

Detta ledde till att vi i Sverige bidrog till utvecklingen av den sk viskokirurgin, som initialt mötte ett visst motstånd. Många erfarna kirurger ansåg att Healon® inte behövdes. Åke Holmberg och jag insåg genast möjligheterna med viskokirurgi i samband med hornhinne- och traumakirurgi. Både Åke och jag fick möjligheter att resa runt i världen i Pharmacias regi för att sprida viskokirurgin. Under 1980-talet kom en strid ström av framstående ögonkirurger till Sverige för att besöka Pharmacia i Uppsala och vanligen också göra ett besök på ögonklinik vid Karolinska sjukhuset i Stockholm, där vi var verksamma. Man kan nog säga att Sverige aldrig har varit mer känt i internationella kataraktkretsar än under denna tid.

Endoftalmitprofylax. Ytterligare en innovation som har haft stor betydelse för att göra kataraktkirurgin säkrare var att hindra bakteriella infektioner med antibiotikapreparatet, cefuroxime, som introducerades genom Sunendha Kouls avhandling 1990, där Agneta Philipson och jag var handledare. Senare fortsatte denna utveckling på S:t Eriks Ögonsjukhus, klinik 1, där jag var chef 1990-2001 och med Per Montan som primus motor. Metoden att injicera 1 mg cefuroxime postoperativt i främre kammaren har blivit standard i hela Sverige och i stora delar av världen.

Dagvårdskirurgi. I hela Europa fram till 1985 var alla kataraktopererade patienter inneliggande på vårdavdelning - ofta flera veckor - men under slutet av 1970 i regel endast ett par dagar. 1985 föreslog jag att en vårdavdelning på Karolinska sjukhuset skulle göras om till dagkirurgisk avdelning. Klinikchefen, Björn Tengroth, godkände snabbt detta förslag, vilket gjorde det möjligt att öka antalet opererade med hela 500 procent.

Vårdplatserna hade tidigare varit flaskhalsen för all ögonkirurgi och när vi införde dagvårdskirurgi blev detta en mindre revolution,

som snabbt spred sig över Sverige. Idén var hämtad från USA, där några sådana kliniker hade startats, men i Europa var detta hittills ej genomfört. Härigenom ökade möjligheterna att starta privat kataraktkirurgi utanför klinikerna, eftersom man inte behövde vårdavdelning längre. Öppenvårdskirurgin ger nu bättre syn till 90.000 svenskar per år.

Ögonkirurgi i privat regi. På Sophiahemmet i Stockholm, som är Sveriges äldsta privata sjukhus, utfördes enstaka privata kataraktoperationer av professor Gösta Karpe under 1950- och -60-talet. Den första privata kataraktkirurgen på heltid var docent Björn Wulfing som verkade på Sophiahemmet 1977–1987. Redan 1978 utförde han där den första linsimplantationen i Stockholm och 1979 den första fakoemulsifieringen (sid 10) i Sverige. Björn Wulfing flyttade senare sin verksamhet till Betaniastiftelsens sjukhus, där han var verksam till 1993. 1987 flyttade Folke Jansson från chefskapet i Falun för att bli privatpraktiserande ögonkirurg på Sophiahemmet och verkade där till 1996.

Framtidsutveckling. Kataraktkirurgin har under en lång tid dominerat utvecklingen av den privata marknaden inom ögonspecialiteten. Vi kan nu förvänta oss att en avsevärt större del av ögonsjukvården kommer att privatiseras genom att vårdval införs. Sannolikt får vi se privata kliniker som utför intraokulär behandling av makuladegeneration samt glaskroppss- och retinalkirurgi. Stockholms Ögonklinik ligger i startgroparna för att utföra denna kirurgi på uppdrag av Stockholms läns landsting.

Effektiviteten har visat sig öka betydligt vid övergång till privat drift, men tyvärr minskar också delaktigheten i den kliniska forskningen. Det är därför viktigt att privata aktörer uppmuntras till att delta i uppföljningsarbetet liksom vid kliniska prövningar av nya läkemedel och behandlingsmetoder.

Konkurrensen kommer i framtiden att öka kraftigt både vad gäller ekonomi och effektivitet men förhoppningsvis också vad gäller kvalitet – både det medicinska handhavandet och omhändertagandet av patienterna. För att få en rättvisande konkurrens bör patienten fritt få välja klinik och då måste ekonomin följa med patienten. En förutsättning för detta är att strikta prioriteringar införs av vilka åtgärder som skall bekostas med skattepengar. De ekonomiska ramarna riskerar annars att sprängas.



Stockholms Ögonklinik
vid Sophiahemmet.



Kvalitet i ett helhetsperspektiv



Annie Eriksson,
sjuksköterska och
bitr chefsjuksköterska.



Louise Bergman,
med dr och ögonläkare,
disputerade 2005.

Våra medarbetare har genom åren haft en stark drivkraft att införa nya behandlingsmetoder och mediciner, liksom att arbeta med ständiga förbättringar när det gäller service och bemötande. Som specialistklinik har vi haft glädjen att samla många olika kompetenser runt patienten och därigenom erbjuda en god helhetskvalitet.

Forskning, nationellt och internationellt erfarenhetsutbyte samt interna utbildningar har varit viktiga hörnstenar i att bygga en framgångsrik verksamhet.

Vi deltar löpande i olika forskningsprojekt. För närvarande har vi ett 20-tal pågående kliniska forskningsprojekt. Merparten av resultaten från den forskning vi bedriver på Stockholms Ögonklinik kan vi direkt omsätta i vårt arbete med patienterna.

Internationellt utbyte. Våra medarbetare deltar regelbundet i såväl nationella som internationella kongresser och vetenskapliga möten. Det ger oss möjlighet att följa och implementera de senaste forskningsrönen och knyta värdefulla relationer till andra specialistkliniker och ögonsjukhus. Bo Philipson har bland annat varit president i den Europeiska Ögonläkarföreningen (SOE) och i International Intra-Ocular Implant Club (IIIC). Att följa den internationella utvecklingen är viktigt inom ögonspecialiteten där forskningsframstegen kommer oerhört snabbt.

Disputationer. Av de läkare som arbetar eller har arbetat hos oss har flera disputerat. Här är några exempel: **Folke Jansson:** Disputerade 1963 vid Karolinska Institutet på ultraljudsmätningar av ögat. **Åke Holmberg:** Disputerade 1957 vid Karolinska Institutet på ultrastrukturella förändringar i ciliarkroppen. Åke var en föregångsman inom hornhinnekirurgin samt vid användning av hyaluronat vid ögonkirurgi. **Bo Philipson:** Disputerade 1969 vid Karolinska Institutet. Avhandlingen handlar om experimentellt orsakad katarakt. Har arbetat med utvecklingen av kataraktkirurgi främst med introduktionen av fakoemulsifiering, intraokulära linsar och viskoelastika. Bo är också den läkare som först startade

kataraktkirurgi som dagvårdskirurgi i Europa. Utnämnd till professor i oftalmiatrik 1984. **Björn Steén**: Disputerade 2004 vid Karolinska Institutet. Avhandlingen handlar om en enzymfamilj som spjälkar extracellulärmatris och därmed banar väg genom vävnaden för nybildning av blodkärl. Detta är viktigt vid bla våt åldersförändring i gula fläcken, kärnhnybildning på hornhinnan, irisrubeos och proliferativ diabetesretinopati. Björn studerar effekten av nya preparat för behandling av tromboser i näthinneblodkärl. **Louise Bergman**: Disputerade 2005 vid Karolinska Institutet med avhandlingen Uveal Melanoma: Epidemiological and Clinical Aspects. Louise studerar för närvarande också transportvägar för att distribuera läkemedel in i ögat. **Hans Setterquist och Mats Örndahl** samt flera av kollegorna har forskat och publicerat många viktiga artiklar i internationella publikationer inom områdena katarakt och refraktiv kirurgi.

Patientperspektiv i allt kvalitetsarbete. Kvalitetsarbete är och har alltid varit en prioriterad fråga för våra medarbetare. Under åren har vi infört och förbättrat många behandlingar och effektiviserat processer utifrån ett patientperspektiv.

Avvikelse rapportering med förbättringsåtgärder och lättfattligt informationsmaterial inklusive webbsida till patienter är exempel på kvalitetshöjande insatser. Att ha nedskrivna rutiner och instruktioner ger trygghet för personalen och utrymme till att erbjuda våra patienter professionellt och personligt omhändertagande.

När patienten får säga sitt. Som ett led i vårt kvalitetsarbete mäter vi regelbundet våra patienters erfarenheter av och inställning till Stockholms Ögonklinik. Vid den senaste mätningen (2010) svarade 97 procent att de kommer/vill rekommendera Stockholms Ögonklinik till vänner och närstående. 414 respondenter deltog i undersökningen (Quick Search).

Certifiering. Det har också varit naturligt för oss att vara en av de första ögonklinikerna att bli kvalitets- och miljöcertifierade enligt ISO 9001 respektive ISO 14001. Redan 2005 blev Stockholms Ögonklinik certifierat och processen drivs nu vidare av vår personal under ledning av vår kvalitetschef Christina Kollin.

Internutbildning. Alla yrkeskategorier på Stockholms Ögonklinik får regelbundet möjlighet att delta i olika typer av interna utbildningar. En av de mest uppskattade mötena är de klinkdagar vi genomför flera gånger per år, med såväl interna som externa föreläsare.



Intertek



Intertek



Christina Kollin,
ögonsjuksköterska
och kvalitetschef.

Vi stöder ögonforskning



–Vi arbetar aktivt med att stödja ögonforskning, säger Britt-Marie Karlheden som bland annat arbetar med flera fonder och stiftelser.



Peder Jahnberg, ögonläkare.

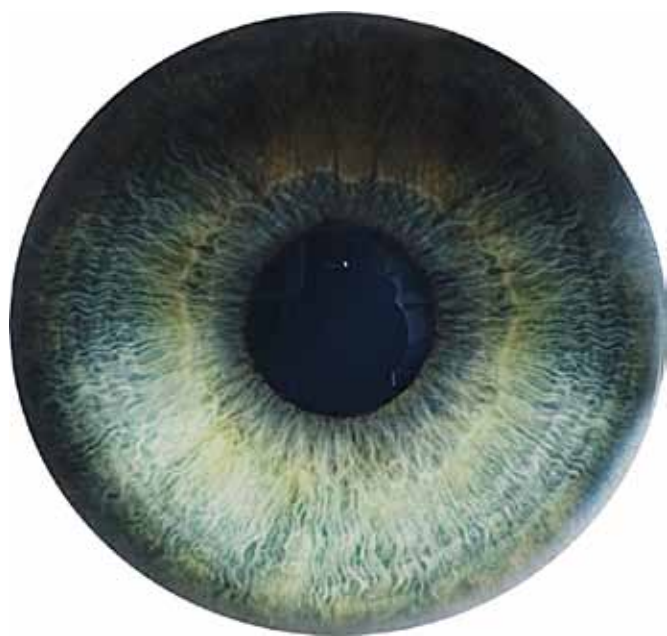
Ögonfonden. Ögonfonden instiftades 1984 med bland annat Bo Philipson som en av initiativtagarna. Fonden har främjat och initierat vetenskaplig ögon- och synforskning i syfte att förebygga och behandla ögonsjukdomar samt effektivt utnyttja kvarvarande synförmåga. Fonden delar ut forskningsstipendier på cirka 2 miljoner kronor vartannat år.

Ordförande Lennart Nolte; vice ordförande Bo Philipson och sekreterare Fatima Pedrosa Domellöf. Stockholms Ögonklinik stöder fonden. Pg-nummer 90 07 22-0.

KMA – Kronprinsessan Margaretas Arbetsnämnd för Synskadade. KMA är den största fonden som stöder ögonforskning på riksnivå med ca 2 miljoner kronor årligen. Denna fonds hedersordförande är Prinsessan Christina fru Magnuson och ordförande är Barbro Öhrn. Bo Philipson sitter i styrelsen som representant för ögonforskningsområdet.

Stockholms Ögonklinik Forskningsstiftelse. Vår egen fond, vars grund lades av en donation från en nöjd patient, syftar till att stimulera våra medarbetare till patientnära forskning. Fonden stöder utvärdering av nya behandlingsmetoder. Bankgiro 478-9251.

Karin Sandqvists stiftelse. En av våra läkare, Peder Jahnberg, hade en generös patient, som månade om kvaliteten i ögonsjukvården och donerade en avsevärd summa, som idag används till forskningsanslag och till stipendier för ögonläkares och ögonforskarens deltagande i internationella kongresser och utbildningsaktiviteter. Bo Philipson har nyligen efterträtt Peder Jahnberg som styrelseordförande.



Jag såg ett par hårda ögon
jag älskade dem
Jag såg ett par ljuva ögon
jag älskade dem
Jag såg ett par fräcka ögon
jag älskade dem
Jag såg ett par varma ögon
jag glömde dem aldrig

GUNNAR EKELÖV

Stockholms  Ögonklinik

www.stockholmsogonklinik.se