

Ögonsjukdomar

ÖVERENSKOMMELSE OM SAMVERKAN Ögonkliniken USÖ, Lindesbergs lasarett, Karlskoga lasarett och Primärvården Region Örebro län

Innehållsförteckning

1 ÖGONSJUKDOMAR	1
1.1 PATIENT SOM KAN HÄNVISAS UTAN REMISS (OBS innan pat hänvisas till Karlskoga eller Linde, kontrollera att det finns läkare där!)	1
1.2 REMISSYNPUNKTER	2
1.3 PATIENTER SOM MED FÖRDEL KAN HANDLÄGGAS AV OPTIKER	4
1.4 DIABETESRETINOPATI:	5
1.5 REMISSVAR:	5
1.6 DOKUMENTFAKTA:	5

1 ÖGONSJUKDOMAR

ÖGONKLINIKENS JOURVERKSAMHET

* **Vardagar 8.00 - 17.00:** (avvikande öppettider förekommer för Lindesberg och Karlskoga)
Ögonmottagningen, USÖ H-huset bottenvåningen tel. (60) 217 38.
Karlskoga lasarett tel. (0586-) 662 26 (66000) Ögonläkare endast enstaka dagar.
Lindesbergs lasarett tel. (0581-) 853 62 (85270) Ögonläkare endast enstaka dagar.

* **Kvällar samt helger:**

Avdelning 49, H-huset 5:e vån tel. (60) 21 431.

1.1 PATIENT SOM KAN HÄNVISAS UTAN REMISS (OBS innan pat hänvisas till Karlskoga eller Linde, kontrollera att det finns läkare där!)

* Kända kroniska ögonsjukdomar och komplikationer hos patienter som behandlas på Ögonmottagningen.

* Plötsligt krokseende. Detta kan vara symptom på fuktiga makuladegenerationer, ett tillstånd som vid tidig upptäckt i vissa fall kan behandlas.

* Misstanke på perforerande ögonskador.

- * Svårt trubbigt våld.
- * Lut- och syraskador kräver omedelbar handläggning på skadeplatsen med ögonspolning och därefter hänvisning till ögonspecialist.
- * Klar beskrivning av ridåfenomen där misstanke om näthinneavlossning eller andra tillstånd som kräver snabb handläggning föreligger.
- * Vid *nyttillkommen* massiv utsädd av "prickar/flugor" i synfältet (>3 styck)

Övriga patienter ska bedömas och handläggas av primärvården före ev remiss till ögonkliniken.

Följande tillstånd bör kunna handläggas inom primärvården:

- Allergiska och infektiösa konjunktiviter.
- Blefariter.
- Hudåkommor (t ex vaglar) i ögonlock och ögonlockskanter.
- Torra och våta ögon.
- Främmande kroppar i konjunktiva och fornices.
- Ytliga skador på hornhinnan (såsom gren eller barnnagel mot ögat).
- Främmande kroppar på kornea.
- Enklare kemiska konjunktiviter t ex droppar av färg eller klister.

Vid behov kan distriktsläkaren kontakta ögonklinikens joursköterska per telefon för rådgivning och/eller tidbokning av akutfall. Vid behov lämnas samtalet över till ögonklinikens dagjour för konsultation (gäller USÖ).

Finns behov av specialistvård skrivs remiss till ögonmottagningen.

Vid akutremiss, ring ögonmottagningen eller kvällar och helger ögonjouren/ögonavdelning 49 USÖ innan patienten skickas!

1.2 REMISSYMPUNKTER

Allmänt

Akuta remisspatienter: Önskade remissuppgifter lämnas vid telefonsamtal med ögonjouren.

Kontakta alltid ögonläkare/ögonkliniken innan patienten skickas.

Elektiva remisspatienter:

OBS förutom persondata även telefonnummer/mobiltelefonnummer och ev tolkbehov.

Ögonlockssjukdomar – uppgift om:

- * Anamnes – symptom, duration, (ev blodförtunnande medicinering).
- * Status – beskrivning av förändringen, lokalisation, ev tumörmisstanke, medsänt exteriörfoto.
- * Preliminär bedömning.

Övriga remisspatienter:

- * Anamnes – symptom, duration, aktuell medicinering av betydelse.
- * Status – synskärpa på långt håll med eventuell glasögonkorrektur för långt håll. Prova ett öga i taget.

Obs: Långsamt insättande synnedsättning hänvisas i första hand till optiker.

- **Synskärpa och ögontryck**

Vid synnedsättning ska uppgift om synskärpa med ev eget avståndsglas vara med på remissen *och hos medelålders och äldre även ögontryck*. Detta är nödvändigt för att kunna prioritera patienterna rätt.

Vid långsamt tilltagande synnedsättning hänvisas patienten i första hand till optiker (som har möjlighet att kontrollera att glasögonen är optimala och även kan mäta trycket).

Notera om synnedsättningen gäller ena eller båda ögonen, hur uttalad synnedsättningen är, om möjligt när synnedsättningen debuterade och om den är långsamt eller snabbt tilltagande. Notera också om det finns ett nyttillkommet krokseende. Vid akut, kraftig synnedsättning hos patient >50 år tas SR, CRP svar noteras i remiss. (Om patienten en passant noterat synnedsättningen när han råkat täcka för det andra ögat – notera det!)

(Om patienten varit hos optiker är det värdefullt att få veta hos vilken optiker patienten varit och om optikern mätt trycket även om du inte vet värdet.)

Om viktiga remissuppgifter saknas returneras remissen för komplettering.

- **Sammanfattande allmänanamnes** är värdefullt för ögonmottagningen

- **Vid värk**

Syns något på ögat? Rodnad? Olikstora pupiller? Grått i hornhinnan? Ljusväg? (Använd kornealmikroskop om det finns.) Samtidigt synnedsättning? Palpationsömhet över temporalisartärer? Vid misstanke om temporalisarterit tas SR, CRP uppgift om prov ska finnas i remiss.

- **Ögonlocksförändringar**

Vid remiss av ögonlocksförändringar bör förändringen dokumenteras med digitalkameran på vårdcentralen och färgfoto skickas med remissen. Observera att kosmetiska ögonlocksoperationer inte längre utförs inom ramen för landstingsfinansierad sjukvård.

Chalazion ska endast undantagsvis remitteras till ögonmottagningen eftersom dessa försvinner spontant om man väntar tillräckligt länge (1-1½ år).

[Praktiska råd vid Blefarit](#)

- **Torra ögon (tårfilmsdysfunktion) och munsymtom**

ska bedömas av distriktsläkare och endast vid misstanke om keratokonjunktivitis sicca skickas *först till tandläkare och senare ev remiss* till ögonläkare för bedömning och diagnostik. Ev fortsatta kontroller kan oftast ske på vårdcentral. [Praktiska råd vid tårfilmsdysfunktion](#) och [Patientråd](#)

- **Attackvisa episoder med synstörning –**

flimmer eller zickzackfenomen är typiska tecken till ögonmigrän och ska ej remitteras.

Övergående synnedsättning ett öga (amaurosis fugax) ska i första hand bedömas på vårdcentral

där man bör utesluta cirkulatorisk/trombembolisk sjukdom, temporaliserit (*SR, CRP*), neurologisk sjukdom eller hos yngre patient diagnosticera migränekvivalent..

- **Glaskroppsavlossning**

är ett tecken på ögats åldrande. Okomplicerade fall (upp till 3 stycken flugor, spindlar, trådar etc i synfältet) (eller prickar i synfältet som funnits oförändrade > 1 månad) ska inte remitteras till ögonspecialist utan ges lugnande besked om tillståndets ofarlighet. Behöver i normalfallet inget besök i primärvården. Om patienten ser ljusblixtar + prickar eller en skur av prickar- hänvisa akut till ögonkliniken för att utesluta näthinneskada.

Patienter som upplever så kallat ridåfenomen (mörk, fast skugga/gardin från periferin in i synfältet) ska hänvisas akut till ögonkliniken på misstanke om näthinneavlossning.

- **Ögonmigränpatient**

ska inte remitteras till ögonmottagningen – här hittar man aldrig något ytterligare vid ögonundersökningen.

- **Vid misstänkt temporaliserit**

kollas SR och CRP på vårdcentralen och om höga värden remitteras patienten i första hand akut till reumatologen/medicinkliniken och inte till ögonmottagningen eftersom temporaliserit inte primärt är en ögonsjukdom.

- [Kornealerosion](#) se praktiska råd
- [Främmande kropp](#) se praktiska råd
- **Dubbelseende**

Innan patient med nyttillkommet dubbelseende remitteras till ögonmottagningen bör neurologiskt grundstatus utföras liksom kontroll av blodtryck, blodsocker och SR för att utesluta generell åkomma som i så fall i första hand ska föranleda remiss till neurolog- eller medicinkliniken.

Observera att en smärtsam ögonmuskelpares ibland är första tecken till temporaliserit.

Dubbelseende ska beskrivas som monokulärt eller binokulärt för att kunna prioritera hur snabbt patienten ska ses av ögonläkare.

Vid pupillpåverkan ena ögat misstänk aneurysm - kontakt med neurologjour.

Tryckmätning på vårdcentral

Eventuell samverkan runt ögontryckskontroller kan överenskommas med respektive vårdcentral.

1.3 PATIENTER SOM MED FÖRDEL KAN HANDLÄGGAS AV OPTIKER

Patienter som söker för

- långsam synnedsättning.
- olika brytningsfel, känd myopi, hyperopi, astigmatism, hos individer som fyllt 8 år.
- bländningsproblem.

- kontaktlinsproblem. Primär bedömning hos kontaktlinsbehörig optiker.
- tryckkontroller hos patienter med viss hereditet för glaukom.
- dubbelkonturer som patienten noterar även när ett öga är förtäckt (är ofta ett tidigt tecken till katarakt – grå starr).

Optiker kan vid behov skicka remiss till ögonläkare.

1.4 DIABETESRETINOPATI:

Se anvisningar för screeningfoto.

1.5 REMISSVAR

Remissvar ska vara förståeliga, svara på frågeställningen och specificera om det finns något som den inremitterande ska göra.

Ögonläkaren kan själv ombesörja enstaka enkla labprov i samband med bedömning på ögonmottagningen, t ex SR och Hb. Om svårigheter att avgränsa normalvärde eller när en mer fullständig allmänmedicinsk bedömning behövs remitteras patienten till vårdcentralen för detta.

Remiss till syncentralen

Endast ögonläkare är berättigade att remittera patienter med synnedsättning till syncentralen. För att få komma till syncentralen krävs att synen på bästa ögat är 0,3 eller sämre eller att läsvisus är 8 punkter eller sämre med bästa läsglas. Påtagliga synfältsdefekter kan också vägas in i bedömningen (Patienter som har svårigheter i hemmet till följd av synnedsättning kan av t ex primärvården informeras om att de själva kan vända sig till den heminstruktör för synskadade som finns i många kommuner.) Optiker, vissa varuhus och hjälpmedelsbutiker säljer också synhjälpmedel såsom förstoringsglas och lampor.

Förslag på litteratur som kan underlätta ögondiagnostik och behandling:

Ögonundersökning av Rudolf Hahnenberger, Studentlitteratur – finns även på nätet –

<http://www.eye.se/>.

1.6 DOKUMENTFAKTA

Gäller för: Ögonkliniken USÖ, Lindesbergs-, Karlskoga lasarett och primärvården Region Örebro län

Arbetsgrupp:

Petra Hedlund verksamhetschef, Ingrid Johansson överläkare, Ögonkliniken

Erik Längström, Medicinsk rådgivare, hälsovalsenheten.

Utfört 2023 Nästa revision 2025