

spårprov skulle vara värt att göra. Då detta svar nådde vårdcentralen var distriktsläkaren sjukskriven, varför en andra läkare informerade patienten om svaret och skrev ny remiss för spårprov.

Den 22 juni hade dock en tredje läkare telefonkontakt med patienten. Han ordnade snart återbesök för ställningstagande till om Levaxin skulle sättas in och för allmän information.

Träffade en fjärde läkare

Den 3 juli träffade patienten en fjärde läkare, en korttidsvikarie. Levaxin sattes in i dosen 50 mikrogram med planerad höjning efter två veckor. Kontrollprov beställdes efter två månader. Då togs förnyade prov, som fortfarande visade normala halter av T3 och T4. TSH hade sjunkit till 11.

Sköldkörteln beskrevs som symmetriskt förstora med mjuk konsistens. Då TSH sjunkit kunde man kanske ändå spekulera i att patienten lidit av en övergående inflammation i sköldkörteln med lindrig underfunktion.

Levaxinbehandlingen var ändock motiverad, med tanke på de höga halterna av TPO-antikroppar. Att patienten skulle ha lidit kroppslig skada av den fördröjda insättningen av Levaxin ansåg distriktsläkaren helt uteslutet.

Patienten hade efter varje undersökning informerats, antingen per telefon eller brev. Uppföljning hade skett, men på grund av distriktsläkarens sjukskrivning hade kontinuitet inte kunnat erbjudas. Att tre andra doktorer blev inblandade berodde både på läkarbrist och semestertider.

Distriktsläkaren bestred därför anmärkningarna om »inget svar på prover, ingen uppföljning, dåligt bemötande, felaktigt svar på prover«.

Han godtog dock anmärkningen att behandlingen kunde ha insatts tidigare. Fördröjningen förklarades av endokrinologspecialistens föreslagna kompletterande utredning, hävdade han.

Vidtog ingen åtgärd

Ansvarsnämnden menar att svaret på provtagningen den 18 maj 2005 inte tydde på att flickan redan då led av hypothyreos. TSH-värdet låg över övre referensnivån, vilket i sig inte måste betyda att sjukdom förelåg, men distriktsläkaren borde ändå ha informerat flickan om det avvikande provet och beslutat om kontroll av TPO eller förnyat TSH-prov efter några månader. I stället vidtog han ingen åtgärd.

Då patienten i februari 2006 tog kontakt med vårdcentralen uppvisade hon

på nytt förstora sköldkörtel och ett mycket högt TPO-värde, klara tecken på Hashimoto-tyreoidit.

Så snart svaret på TPO-undersökningen förelåg, borde patienten ha ordinerats Levaxin, då hon sannolikt var på väg att utveckla underfunktion av sköldkörteln. Distriktsläkaren missförstod dock råden han fått från endokrinologen och beställde tyreoidescintigrafi, vilket var en onödig åtgärd.

Av senare undersökning framgår att sköldkörtelförstoringen var symmetrisk och mjuk, och således inte tydde på tumörsjukdom.

Distriktsläkaren har dock inte gjort en tillräckligt utförlig anamnesupptagning med avseende på eventuell underfunktion av sköldkörteln, och han har heller inte beskrivit sköldkörtelförstoringen närmare.

Ett svårt område

Han har genom bristerna i information, diagnostik och uppföljning fördröjt adekvat behandling. Även om de råd han fick av endokrinologen på sjukhuset till viss del var svårtolkade, och sköldkörtelsjukdomar är ett svårt område, kan felen i handläggningen varken anses som ringa eller ursäktliga.

Han får en erinran. ■

»Dataskystemen bör kvalitetssäkras«

I Läkartidningen nr 13/2007 berättade vi att en läkare och en apotekare fälldes av Ansvarsnämnden sedan en 4-åring fått sömnmedel i hög dos och neuroleptika via e-recept (HSAN 2980/06).

Den ordinerande läkaren försökte makulera receptet på sin dataskärm genom att trycka på ta bort-knappen. Men läkare kan inte elektroniskt makulera recept i apotekens system via det egna journalsystemet, som doktorn trodde. Till det fallet har vi fått följande inlägg:

Läser med förvåning om detta ärende. Ansvarsnämnden påpekar att många journalsystem har möjlighet att skicka recept via e-post till apotek. Man konstaterar också att systemen (gäller det alla?) inte kan makulera receptet. I det nu aktuella fallet kunde tydligen läkaren makulera i journalen genom att »trycka på ta bort-knappen« med följden att receptet försvann från läkarens datorskärm.

Kan ett system accepteras om det inte »levererar« det som syns på skärmen?

Var går gränsen för acceptabel överensstämmelse mellan skärmbild och utgåva? Godkänns felaktiga siffror/tal, mellanslag, bokstäver i överföringen?

Frågan kan verka absurd, men som användare måste man förutsätta att det som ses på skärmen så att säga gäller.

I detta fall anser jag att systemansvarig har brutit i upphandling/kontroll/anpassning av datorsystem och att läkaren – givet uppgifterna i Läkartidningen – hamnat i en omöjlig/acceptabel arbets-situation. Har riskanalys på introducerade datorprogram utförts?

Med tanke på många bristfälliga datorsystem, bristfälliga bland annat i koppling mellan olika system/program, finns det all anledning att lägga ansvaret på huvudmannen.

Vi – läkare, sjuksköterskor med flera – tvingas arbeta med programvaran utan att säkerhetsmässiga analyser av funktionen har skett.

Till exempel skulle antingen receptet makuleras med samma teknik – e-post – som det skickats med, eller så skulle ett meddelande komma upp på skärmen där

programmet angav vad läkaren behöver göra för att makulera. En spärrfunktion i någon form är nödvändig om inte recept, ordinationer, anteckningar i journalsystemen kan makuleras/ändras. Man måste kunna kontrollera via journalen det som skickas/lagras.

Var finns riskbarriären i det aktuella systemet?

Då detta är exempel på systemfel bör inte läkare fällas, däremot är fallet ett typiskt Lex Maria-fall och bör leda till krav på att dataskystemen kvalitetssäkras i någon form. Läkare och sjuksköterskor skall inte kunna tvingas arbeta i dåliga/osäkra »datorarbetsmiljöer«, en typisk faktiskt fråga.

Mediciner granskas inför godkännande av myndigheter. Samma säkerhetskrav bör appliceras på vår datormiljö, vilket detta fall är ett utmärkt exempel på.

Jan Kumlien

överläkare, docent,
ÖNH-kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna