

## Etik och resurser måste vägas mot varandra

Läkarens första plikt är mot hans eller hennes patient, allt i enlighet med Läkareförbundets läkarregler. Å andra sidan arbetar läkaren inte enbart med resurser som patienten ställer till förfogande. Tvärtom är det så att läkaren normalt förbrukar medel som kommer från en tredje part; en finansiär som kan vara en regional politisk enhet, exempelvis ett landsting, eller en försäkringsgivare av något slag. Det faktum att läkaren använder resurser som har en alternativ användning, dvs som hade kunnat användas för andra (potentiella) patienter än den som läkaren har framför sig, gör att läkaren inom rimliga gränser måste hushålla med resurserna på ett sådant sätt att han eller hon kan ge en så god vård som möjligt till så många patienter som möjligt.

Enligt Läkareförbundets uppfattning har läkaren en skyldighet att påtala resursbrister när de på ett allvarligt sätt påverkar patienternas liv och hälsa. Det betyder emellertid inte att arbetsgivaren måste finna sig i att läkare med särskild förtroendeställning, dvs chefer, offentligt tar avstånd från arbetsgivarens linje.

Arbetsgivaren kan inte, enligt Läkareförbundets uppfattning, förbjuda en läkare att kämpa för rimliga resurser för sina patienter, men å andra sidan måste vi acceptera att om förtroendeklyftan mellan en läkare som är chef och dennes arbetsgivare blir för stor så kommer arbetsgivaren att skilja

chefen från hans eller hennes uppdrag. I praktiken betyder det att de läkare som är chefer måste bestämma sig för vilka frågor som är kabinetsfrågor, dvs vilka kompromisser de kan leva med, och vilka som de av etiska och professionella skäl känner att de inte kan ta ansvar för.

*Anders Milton*  
VD,  
ordförande i  
Världsläkareförbundet

## Lasermannen kommer igen, rodnande

På PS-sidan i Läkartidningen 10/95 skrev jag om laserpekare och deras användning. Tyvärr, framhöll jag, hanterar vi inte alltid laserpekaren på ett sätt som framhäver den information den avser framhäva. En karikatyr av olika pekstilar presenterades: Den berusade eldflugan, La Traviata, Parkinsonoiden och Förstrykaren. Syftet med karikatyren var att öka medvetandet om olika pekstilar och motivera viss självkrassakan: hemska tanke, gör jag också så där? (Att döma av genvaret har många känt igen pekstilarna, både egna och andras.)

Några tips för effektiv laserpekning gavs även: för maximal komfort och precision hålls händerna avspänt i kors med laserpekaren i höger (dominant) hand, understödd av vänster, som sköter fjärrkontrollen för diaframmatning. Lasermannen placerar sig så att han har diaduken till vänster om sig och sina åhörare framför och till höger om sig. Effektiv laserpekning karakteriseras av precision och sparsam användning. En effektiv diabild har mörk bakgrund (cave: röd) som ger kontrast åt laserpunkten, skrev jag.

Tyvärr ändrade tryckfelsniss 'cave röd' till 'gärna röd', vilket gör meningen obegriplig, eftersom laserpunkten ju är röd. Även författaren blev röd: hans varning tedde sig nu felaktigt som en rekommendation. Insåg läsaren felet? Svart eller mörkt grå bakgrund kan rekommenderas, då de ger

skarp kontrast till laserpunkten.

Jag vill gärna utnyttja detta tillfälle till att peka på ett annat mycket gott skäl att undvika röd och grön färg på diabilerna. Några procent av befolkningen är röd-/grönfärgblinda, med högre frekvens hos män. De flesta medicinska auditorier består mest av män, en del troligen färgblinda. Diagram med röda eller gröna bokstäver, siffror eller symboler blir alltså otydliga eller t o m osynliga för dessa individer och ska undvikas. Om du ändå vill använda dessa färger, t ex för att markera att något är fel respektive rätt, ska symbolerna markeras med en kontrastrik ram (gärna vit) för att kunna uppfattas av färgblinda. (Kan föresten en färgblind se att jag rodnar?)

*Per Mindus*  
professor, överläkare  
Stockholm

## Signering minskar risken för misstag

Johan Asplund raljerar i Läkartidningen 11/96 över att läkare och sjuksköterskor skall signera ordination och överlämnande av läkemedel. Inlägget är delvis ett kåseri och i dessa delar ej meningsfullt att bemöta. Det finns dock en underton av allvarlig kritik mot Socialstyrelsen, vilket behöver kommenteras.

Kravet på signering motiveras av de många feldoseringar och missuppfattningar som skett i läkemedelsanvändningen såväl på sjukhus som i hemsjukvård och särskilda boenden. När signering av given dos ej har gjorts finns flertal exempel på att patienter på ålderdomshem eller i hemsjukvård fått ytterligare insulindos eller Warandos helt felaktigt. Det torde vara uppenbart att en signering kraftigt minskar risken för sådana farliga misstag.

Jag är övertygad om att även Johan Asplund är angelägen om att hans patienter får en säker medicinering på avdelningen och att hans underläkare kontrollerar och signerar varje läkemedelsordination. Det är ju inte helt ovanligt att

en patient fått mångdubbelt för hög dos av misstag då exempelvis styrkan på läkemedlet eller mängden lösning ej varit klart angiven.

Hur sjukvårdshuvudmannen eller chefsöverläkaren löser signeringskravet i praktiken regleras inte av Socialstyrelsen. Vårdgivaren kan sannolikt finna en lämpligare lösning än den beskrivna lakansmodellen.

*Per G Swartling*  
medicinalråd,  
Socialstyrelsens hälso- och  
sjukvårdsgrupp

Replik:

## Visst kan säkerheten förbättras

Det är mycket stimulerande att få debattera dessa Socialstyrelsens påbud om läkemedelsordinationer och signaturer även om debatten kommer något sent. Det hade varit bättre om detta så ytterst viktiga arbetsinstrument kunnat diskuteras med oss i värden innan det blev »lag». Någon remissomgång till specialistföreningarna har ej förekommit vad jag vet.

Jag är fullt medveten om att detta är systrarnas på avdelningen arbetsinstrument, men det är faktiskt också doktors. Per Swartling har missförstått mig och tror att jag motsätter mig att doktorn signerar varje ordination. Det är systemsignerande som är bekymret, hennes signerande av varje utgivet piller och ej som förut vid varje dostillfälle. Detta innebär med nödvändighet, även om Socialstyrelsen ej lägger sig i layout, att vi får stora lakan på olika ledder och ett antal ytterligare blad för cytostatika, anti-koagulantia etc.

Jag som går rond några gånger i veckan vet att detta ger en oacceptabel brist i överskådlighet och »helhetssyn», och jag är definitivt ej ensam om denna åsikt. 43 av 60 tillfrågade medicinkliniker har ej infört en läkemedelsjournal som följer Socialstyrelsens anvisningar trots att dessa varit kända länge. Akademiska sjukhuset har gjort det efter en myckenhet arbete och en kurs om tre eftermiddagar för sjuksköterskor och läkare. Har säkerheten blivit bättre av allt detta? Tillåt mig tvivla. Syster delar ut och signerar och patienten stoppar

### Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbel radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.