

## Etik och resurser måste vägas mot varandra

Läkarens första plikt är mot hans eller hennes patient, allt i enlighet med Läkarförbundets 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 Läkarförbundets 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 Läkarförbundets 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 förresten 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 cytotatika, 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.

pillren i sängstolpen! Vad har hon då signerat? Många patienter tar på vårdavdelningen sin insulinspruta själv. Vad har då syster signerat?!

Per Swartling tycker att jag raljerar och mest skriver ett kåseri. Han har rätt och »kåseriet» illustrerar min åsikt att förordningen har ett löjets skimmer över sig. En jätte»reform» pådyvlas oss uppifrån där säkerhetsvinster sannolikt äts upp av säkerhetsförluster.

Visst finns det fog för att förbättra säkerheten vad gäller framför allt de farligaste läkemedlen. Jag tror »lakanen» skulle bli mindre otympliga om systers signeringar inskränktes till injektioner och infusioner och signering av varje doseringstillfälle av ickeparenterella mediciner.

1995 vårdades 8 300 patienter i 45 000 vårddygn. Under resten av året vistas dessa patienter i allmänhet i hemma under »läkemedelsmässigt» betydligt osäkrare förhållanden och det under 2 986 000 vårddygn. Jag är betydligt mer orolig för ordinationsföljsamheten då och vem signerar tablettutdelningen där?

Johan Asplund  
överläkare, Falun

## Annons för underlivstvål går för långt

Lactacyd marknadsförs och säljs som en speciell underlivstvål Den säljs av apoteket och ger intryck av att vara en mera medicinskt genomarbetad och godkänd produkt än om försäljningen skulle skett i en vanlig ICA- eller Konsumbutik.

Jag har aldrig riktigt förstått vitsen med en speciell underlivstvål, men när jag såg den senaste reklamen för Lactacyd tyckte jag att det gått alldeles för långt varför ett klagande är nödvändigt (Figur).

Visst är det rätt som det står i reklamen att mjölksyrabakterierna producerar mjölksyra i slidan och att detta i sin tur sänker pH i slidan. Detta är en del av den skyddsmekanism mot infektioner som finns i slidan, men observera, *detta är i slidan*, och Lactacyd är väl inte till för att användas som slidsköljning utan för att tvätta sig med i underlivet. Med det uppfattar åtminstone jag området



En totalt onödig produkt?

runt de yttre blygdläpparna och området mellan slidmyrningen och ändtarmsöppningen som då kallas mellangården. Här växer det inga laktobaciller utan här växer det vanliga hudbakterier! Att använda en tvål som sänker pH för att stimulera några laktobaciller som inte växer här verkar ju långt mer onödigt än mycket annat tokigt man lärt sig.

Eftersom det inte växer några laktobaciller här så kommer det låga pH-värdet att reducera de vanliga bakterierna. När den normala bakteriefloren reduceras innebär det att de som inte avdödas kommer att få mera och större tillväxtbetingelser, och jag tänker då framför allt på svampen Candida. Den kommer då att frodas extra bra!

Lactacyd är en flytande, låglöddrande tvål, vilket innebär att för att kompensera den mindre mängden lödder använder kvinnorna ofta lite för mycket Lactacyd. Det är då svårt att skölja bort all tvål och det har en enormt uttorkande effekt på underlivet. Många återfettar huden, framför allt på benen, när man tvättat sig med tvål, men det är nästan ingen som återfettar sig i underlivet. Resultatet blir att man får tendens till småsprickor på grund av uttorkningseffekten. Detta är en mycket bra grogrund för Candidasvamp som då resulterar i klåda.

Om någon nu vill använda

en tvål med lågt pH kan jag tänka mig att murare som dagligen håller på med murbruk säkert skulle kunna ha nytta av den för att neutralisera det höga pH-värde som finns i murbruk.

P-G Larsson  
överläkare,  
kvinnokliniken,  
Kärnsjukhuset, Skövde

## Ej riktigt tala om arkuatuskärnans läge i absoluta termer

Jag ifrågasatte [1] Björn Meisters och Ulf Arvidssons påstående [2] att hypothalamus' arkuatuskärna ligger utanför blod-hjärnbarriären (BHB). I sitt svar vidhåller författarna detta förbehållslöst [3]. Samtidigt medger de att den distala delen (i förhållande till eminentia mediana), faktiskt ligger innanför BHB.

BHB är ett relativt begrepp, och det är kanske vilseledande att tala om den i absoluta termer. Hjärnregioner som ligger nära cerebrospinalvätska (förutom de cirkumventrikulära organen) kan nås av blodburna glutamat-analoger [4] även om de traditionellt anses ligga innanför BHB. Min erfarenhet är

att arkuatusneuronens exponering för cirkulerande glutamat-analoger helt beror på närheten till eminentia mediana. Denna uppfattning grundar sig framför allt på studier i adulta djur, vilka, i motsats till Meisters och Arvidssons uppfattning, lämpar sig bättre än nyfödda djur för att studera glutamatotoxicitet just därför att skadan är mer begränsad varför gradienter lättare kan upptäckas.

Givetvis beror exponering av olika delar av arkuatus för cirkulerande molekyler på flera faktorer såsom egenskaper hos molekylen ifråga, dess koncentration och cirkulationstid. Jag tror säkert att Meister och Arvidsson håller med om att man i bedömningen av blodburna substansers möjlighet att påverka arkuatusneuron måste ta väl så stor hänsyn till spatiala förhållanden som exempelvis till receptortäthet. Sålunda kan ett NPY-innehållande neuron med få leptinreceptorer fysiologiskt vara mer betydelsefullt än ett med fler receptorer om det sistnämnda ligger längre bort från eminentia mediana.

Anders Lehmann  
docent,  
institutionen för anatomi och cellbiologi, Göteborgs universitet, samt Gastrointestinal Pharmacology, Astra Hässle AB, Mölndal

## Litteratur

1. Lehmann A. Leptin och obesitas – ett sakfel. Läkartidningen 1996; 93: 761.
2. Meister B, Arvidsson U. Hormonet leptin minskar kroppsvikten. Muterad gen gör mus fet. Läkartidningen 1996; 93: 247-51.
3. Meister B, Arvidsson U. Arkuatuskärnan ligger utanför blod-hjärnbarriären. Läkartidningen 1996; 93: 761-2.
4. Lehmann A, Hagberg H, Orwar O, Sandberg M. Cysteine sulphinate and cysteate: Mediators of cysteine toxicity in the neonatal rat brain? Eur J Neurosci 1993; 5: 1398-1412.

Alltid dubbelt radavstånd!  
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.