

troversieellt. Eftersom gråzoner alltid uppstår kvarstår dock alltid en risk för godtycke, t ex i myndighetens bedömning av den enskilde forskaren.

**Vi välkomnar den översyn** av jävsbedömning som den aktuella kontroversen har utlöst. Men vi, professorer i kost- och nutritionsrelaterade ämnen, är fortfarande oroade över den situation som myn-

dighetsuppdrag kan försätta oss i, och vi finner det klokt att avvakta med nya uppdrag tills de nya bedömningarna och riktlinjerna har konkretiserats.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Samtliga författare har samverkat med näringslivet och de flesta har mottagit villkorlösa ekonomiska forskningsbidrag från privata företag.*

## Är våra ordinationer »lege artis«?

■ Kan det möjligen vara så att vi – med våra patienters bästa som rättesnöre – likväl kan välja att utföra en operation eller ordinera ett läkemedel även när vi är osäkra på om ingreppet eller medicinen är indicerad och kanske dessutom ibland förenad med onödiga risker? Och varför gör vi i så fall på det sättet?

Naturligtvis är vi inte opåverkade av våra patienters förväntningar, som inte alltid är klart uttalade men många gånger tydliggjorda.

**Exempel:** »Doktorn! Jag vill ha/måste få penicillin/Doloxene/Stesolid/Imovane etc.«  
»Den här fettknutan/det här ärret/åderbråcket etc vill jag få bortskuret.«

Om vi då ibland borde svara: »Det här är en virusinfektion, den blir bra utan antibiotika«; »Det räcker med Alvedon!«; »Stesolid är nog inte det bästa«; »Det bästa är nog att låta fettknölen vara kvar«; »Det här ärret behöver inte opereras, det blir bara ett nytt operationsärr«; »Åderbråcket är visserligen misspyrdande men påverkar inte blodcirkulationen i nämnvärd grad, bör nog inte opereras!«

**Om vi handlar efter vår** bedömning och inte efterkommer omotiverade önskemål, ja, vad händer då med vår patientrelation? Förutsatt att vi för en gångs skull inte är i

tidsnöd kan relationen stärkas. Men om vi under tidspress inser att receptet/remissen tar någon minut att skriva medan ett nej kan ta 10–15 minuter och leda till att patienten går till nästa läkare och dessutom talar om för sina vänner att de inte ska gå till den doktorn: »Han är kass, skriver inte ens ut penicillin.«

### Om vi är i tidsnöd, vad gör vi?

Vill vi behålla våra patienter och vårt anseende som goda doktorer så säger vi så här: »Kära Ni/Du! Det här är en virusinfektion! Jag skriver ut penicillin för säkerhets skull!«

Vill vi öka på vårt anseende så »uppgraderar« vi diagnoserna från spänningshuvudvärk, stressreaktion, luftrörskatarr till MIGRÄN, DEPRESSION/UTBRÄNDHET, LUNGINFLAMMATION – som matchas med dyrare mediciner på receptet och tid för återbesök. Hur ofta tänker vi på konsekvenserna av dåligt motiverade ordinationer? Som innebär risker för svårt sjuka patienter, som vi själva inte får möta?

Försäkringskassan stramar upp reglerna för sjukskrivning. Vad gör Socialstyrelsen för att stödja läkare som vågar tillämpa striktare indikationer? Till gagn för både vårdens kvalitet och kostnader!

**Rolf Brusewitz**  
leg läk 1957, Båstad