

föda, kanske även dem som inte vågar föda (»humanitär indikation»), så varför inte dem som inte vill föda? En policy med »ring så snittar vi» skulle knappast öka kejsarsnittsfrekvensen till mer än ca 30 procent ty majoriteten av kvinnorna väljer att föda även i de länder där man lätt kan köpa denna tjänst.

Man kan neka, argumentera och bli »the bad guy». Det är osannolikt att hon är sämre att på föda än »vem som helst». Tyvärr inte bättre heller. Det saknas medicinsk indikation. »*Primam est, non nocere*». Det är svårt att se en bukoperation som något annat än *noxa* om den inte är nödvändig. Kejsarsnitt innebär en risk, låt vara att den är liten jämfört med andra risker som dagens kvinnor är vana att ta (fallskärmschoppning, störtlopp, fältridning). Ingen kan väl tvinga en obstetriker att operera, eller ...?

#### Ansvarsfrågan

Återstår ansvarsfrågan. Man blir varken anmäld till eller fälld i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd om man har gjort ett kejsarsnitt enligt patientens önskan. Däremot finns det hundrade som har blivit både anmälda och fällda för att de *inte* gjort det i tid.

Per definition gäller att om kejsarsnittet hade gjorts igår så hade olyckan inte inträffat idag. Nekar man kejsarsnitt och det går illa (vilket förekommer) så är risken för Aftonbladet eller Expressen stor. Märk väl att långdragen förlossning, psykisk och fysisk smärta, förlossning med sugklocka, akut kejsarsnitt m m kan vara oacceptabelt i detta sammanhang.

Onekligen kan det gå illa även om man gör ett kejsarsnitt men risken är, som ovan nämnts, liten. Risken att dessutom bli anmäld och fälld i HSN är minimal, och skulle det mot förmodan ändå inträffa så utses, med få undantag, den som höll i kniven till syndabock. Inte den som ställde indikationen. Den enda trösten för delinkventen är att han förmodligen inte blir fälld för försumlighet utan oaktsamhet.

Att göra kejsarsnitt eller inte, det är alltså frågan. Vad säger folket och dess valda representanter? Vad säger tillsynsmyndigheten? Vad säger professionen?

#### Referenser

- Westmark F. Om förlossningen vid trångt bäcken. Stockholm: Central-Tryckeriet, 1900.
- Socialstyrelsen. Kejsarsnitt i Sverige 1973–1997. EPC rapport 1999:2. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.

## Omställningsförsäkring – en väg till snabb rehabilitering?

**Under 1990-talet har lagändringar som berör rätten till sjukpenning, rehabilitering och arbetsskadeersättning ägt rum inom socialförsäkringen. Det har medfört att möjligheterna till arbetslivsinriktad rehabilitering för bland annat personer med arbetsrelaterad astma och hudsjukdom har beskrivits.**

Mot bakgrund av de erfarenheter vi gjort sedan 1995 och 1997, då de nu gällande reglerna började tillämpas, vill vi från yrkes- och miljödermatologi och yrkesmedicin föra fram ett förslag om en »omställningsförsäkring» (omställningsersättning). En sådan åtgärd skulle underlätta återgång i yrkesarbete i fall där medicinska skäl omöjliggör återgång i ursprungsyrtet.

#### Två fallbeskrivningar

För att belysa konsekvenserna av den nu gällande socialförsäkringen vill vi ge två korta fallbeskrivningar från vår patientverksamhet.

*Fall 1.* 37-årig man, bagare/konditor sedan slutet av 1970-talet, nu egen företagare. I arbetet intensiv exponering för mjöldamm. Sedan början av 1990-talet ökande besvär av arbetsrelaterad rinit och astma. Besvären avklingar vid långre ledighet. Positiv pricktest och RAST

#### Författare

LENA EKENVALL  
överläkare, docent, yrkesmedicinska enheten

CAROLA LIDÉN  
överläkare, docent, yrkes- och miljödermatologen

GUNILLA SANDEMO  
kurator, yrkes- och miljödermatologen

KARIN WRANGSJÖ  
överläkare, yrkes- och miljödermatologen

MATS ÅHMAN  
överläkare, yrkesmedicinska enheten; samtliga vid Stockholms läns landsting.

*”Detta betyder i praktiken att många yrkesarbetande personer, såsom tandläkare, kockar och frisörer, som på grund av t ex arbetsrelaterad allergi, hudsjukdomar eller annan överkänslighet inte kan fortsätta i sitt yrke inte heller kommer ifråga för arbetslivsinriktad rehabilitering genom sjuk- eller arbetsskadeersättning.”*

för vetemjöl, och positiv RAST för alfa-amylas (mjölförbättringsmedel). Sänkta värden för FVC och FEV<sub>1</sub>.

Patienten bedöms under arbetsperioder ha astmatiska symtom av svårighetsgrad som föranleder sjukskrivning. Då patientens besvär avklingar efter en tids sjukskrivning bedöms han av försäkringskassan som arbetsför och hans sjukpenning dras in. Arbetsskadeanmälan tas då inte heller upp till behandling.

Hans enda val från försörjningssynpunkt är nu att gå tillbaka till sitt bageri med fortsatta luftvägssymtom. Risken att hans astma försämras genom daglig allergenexponering på arbetsplatsen bedöms som överhängande.

*Fall 2.* 35-årig tandsköterska. Efter fem år i yrket utvecklar hon ett svårt handeksem under 1997. Utredning visar kontaktallergi mot nickel, desinfektionsmedel och kontakturticaria mot naturgummilatex. Patienten sjukskrivs och rekommenderas av medicinska skäl arbetsbyte. Efter yrkesvägledning påbörjas arbetsprövning på kontor. Arbetsprövningen fungerar bra och hand-

**ANNONS**

**ANNONS**

eksemet förbättras. Försäkringskassan bedömer då att hon har arbetsförmåga på heltid i ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete och drar in sjukpenningen.

## Hur görs bedömningen idag?

Hur bedömer försäkringskassan arbetsförmågan och rätten till sjukpenning och rehabiliteringsinsatser efter den senaste lagändringen den 1 januari 1997?

Av Riksförsäkringsverkets Allmänna råd 1998:2 framgår:

»Bedömningen av arbetsförmåga skall enligt förarbetena göras stegvis enligt en modifierad steg-för-stegmodell. Bedömningen när den försäkrade inte kan återgå till sitt vanliga arbete relateras till annat arbete hos arbetsgivaren. Saknas möjligheter till annat arbete hos arbetsgivaren, eller kräver ett sådant alltför långvariga rehabiliteringsinsatser, skall den försäkrades arbetsförmåga prövas mot arbetsmarknaden i övrigt. Om den försäkrade, trots sin sjukdom, kan klara ett annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete har han eller hon inte rätt till ersättning från försäkringen (vår kursivering).»

Detta betyder i praktiken att många yrkesarbetande personer, såsom tandläkare, kockar och frisörer, som på grund av t ex arbetsrelaterad allergi, hudsjukdomar eller annan överkänslighet inte kan fortsätta i sitt yrke inte heller kommer ifråga för arbetslivsriktad rehabilitering genom sjuk- eller arbetsskadeförsäkring. Detta gäller även personer med andra arbetsrelaterade sjukdomar som förbättras vid arbetsbyte. Att finna försörjningsmöjligheter i annat arbete eller yrke utan utbildning för detta går ofta inte.

## Omställningsförsäkring – en möjlighet

Att av medicinska skäl tvingas till ett yrkesbyte innebär för många en ekonomisk och social kris. Denna brukar bli särskilt märkbar för förvärsarbetande vuxna med försörjningsansvar. Att i en sådan situation riskera arbetslöshet och en oviss utbildnings- och försörjnings-situation innebär en stor påfrestning.

Vi anser att det inom socialförsäkringens ram bör finnas ett utrymme för rehabiliteringsinsatser för medicinskt indicerad yrkesinriktad rehabilitering i form av en sådan »omställningsförsäkring» för att möjliggöra snabb återgång i yrkesarbete. •

## Det är vardagskväll ...

### Reflektioner om läkemedelsanvändningen

**Det är vardagskväll. Barn-sjukhusets akutmottagning är som vanligt överfull. Jag går som förstärkningsjour och arbetar av de barn som kan handläggas snabbt och enkelt. Ett barn med terapivikt på sin penicillinbehandlade otit får med sig ett recept på bredspektrumantibiotika. Strömmen av barn rullar på.**

Så står hon plötsligen där igen i korridoren, mamman till barnet med recidivotiten. »Var jag inte färdig med det barnet?» hinner jag tänka. »Var det något jag glömde i hastigheten?» Modern står med mitt recept i handen och ser blek ut.

»Hur är det fatt?» frågar jag.

»Du, finns det inget billigare?», säger hon. »Jag har inte råd.»

Jag ser på henne. Hon är inte det minsta nedgången. Snarare ser hon ut som en helt vanlig småbarnsmamma.

»Du kan betala senare och på avbetalning», försöker jag uppmuntrande.

»Det hjälps inte.»

Jag skriver ut ett billigare preparat med sämre bakteriell täckning. Jag ser att mamman skäms.

Innan jag kastar mej in i patientströmmen passerar en snabb tanke: Vem är det som skall skämmas? Det är faktiskt inte ovanligt att barn inte får sina mediciner därför att deras föräldrar inte har råd att hämta ut dem. Hur vanligt vet vi inte. Ingen statistik förs. Nej, jag talar inte om Moçambique, Peru eller Pakistan. Jag talar om Sverige, ett av de rikaste länderna på jorden. Jag talar om år 2000.

## Läser ett märkligt inlägg

Kvällen är sen när jourpasset är slut. Jag sätter mej hemma med Läkartid-

## Författare

HENRY ASCHER

specialistläkare, forskarasistent, med dr, sektionen för pediatrik gastroenterologi, hepatologi och nutrition, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg. henry.ascher@pediat.gu.se

»Du, finns det inget billigare?», säger hon. »Jag har inte råd.»

ningen över en kopp te och finner en märklig insändare av en apotekschef [1]. Hon hävdar att apoteken kasserar 800 ton läkemedel till ett värde av 25 miljoner kronor per landsting och år, totalt »3–5 miljarder kr per år i landet.» Det borde i så fall betyda att vi har över 100 landsting i Sverige?

Apotekschefen Carlbäck drar slutsatsen att detta beror på att människor som har högkostnadsskydd i stor utsträckning tar ut läkemedel för 16 eller 19 eller 24 månaders bruk istället för 13. Hon drar till och med slutsatsen att vi inte skulle behöva stänga vårdcentraler och slå samman sjukhus om läkarna kunde förmås att skriva 3-månadersintervall på recepten, vilket hon menar skulle lösa problemet.

## Orsaker till medicinreturer

Jag lutar mej trött bakåt, blundar och ser den skamsna modern för mej. Apotekschefens slutsatser är inte bara naiva och överdrivna. Slutsatserna är ovetenskapliga och hennes sätt att använda siffror gömmer de levande människorna bakom. Insändaren brister i humanitet.

Medicinreturer kan ha flera skäl. Patienter avlider och medicinska tillstånd förändras plötsligt. En infarkt eller en stroke kan göra att tidigare viktiga mediciner blir kontraindicerade. Den lever- eller njursviktande patienten genomgår transplantation och medicinbehovet förändras drastiskt.

Vill man minska kostnaderna för detta finns det två vägar. Antingen får patienterna betala. Många av dem är kroniskt sjuka och tillhör de fattigaste och mest utsatta i samhället, de som redan fått betala det högsta priset under 1990-talets nedskärningar. Eller så kan man ifrågasätta de regler som säger att vi måste kassera obrutna återlämnade läkemedel – regler som bara kan vara till glädje för läkemedelsbolagen.

Carlbäck skriver att Apoteket AB debiterar »minst 4 miljoner» för läkemedelsdestruktion. Detta torde dock inte motsvara några reella kostnader eftersom regeringen kräver vinst av Apo-