

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-

teksbolaget. Vill man sänka denna kostnad kan man igen tänka i två olika banor: antingen betalar patienterna eller så får staten sänka sina vinstkrav på Apoteket AB.

### Läkemedelskostnaderna

När skattebetalarnas kostnader för läkemedel stiger är det naturligt att fundera över hur man skall vända trenden. Återigen finns det två principiellt skilda vägar. År 1998 gjorde enbart de fem största läkemedelsbolagen en vinst på hela 31,6 miljarder kronor. Enligt prognosföretaget SIX Market Estimates förväntas vinsten tills i år öka med ytterligare 20 procent. Självklart har dessa ökande vinster ett samband med samhällets stigande läkemedelskostnader.

Men istället för att kräva sänkta vinstmarginaler av läkemedelsindustrin vill Carlbäck få oss läkare att ytterligare klämma åt våra mest utsatta patienter. För mej är detta obegripligt. Socialstyrelsen rapporterar just nu om överdödighet, fattigdom och socialbidragsberoende bland ensamstående mödrar [2]. Och vi vet att deras barn, som är en viktig del av vår framtid, har allt ökande svårigheter [3].

### Överskrids befogenheterna?

Det finns ytterligare en sak som bekymrar i apotekschefen Carlbäck's inlägg. Hon skriver att man på apoteken (hennes apotek?) i något slags samhällsekonomiskt nit frågar patienten om hon/han verkligen behöver allt på receptet. Om hon med det menar att hon ifrågasätter läkarens förskrivning är det ytterligt allvarligt och ett klart överskridande av apotekens kompetens och ansvar.

För Margareta Carlbäck, vad vet du om hur mycket möda vi lagt ned för att övertyga vår patient om nödvändigheten av att ta just den viktiga medicin du ifrågasätter? Nej, i dessa tider av ekonomiska nedskärningar är det viktigare än någonsin att vi alla värnar om de mest sårbara och utsatta grupperna. Många av dem finns bland mina patienter och dina kunder.

### Referenser

1. Carlbäck M. Skriv 3-månadersintervall på receptet! Läkartidningen 2000; 97: 1308.
2. Ringbäck Weitof G, Haglund B, Rosén M. Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. Lancet 2000; 355: 1215-19.
3. Barnombudsmannen. Barndom pågår. Rapport från barnens myndighet. Stockholm: Barnombudsmannen, 2000.

### Replik:

## Kassationen är ett stort problem

**En barnläkare har säkert aldrig sett mängden läkemedel som en distriktssköterska lämnar in efter att ha besökt en person som flyttar in på serviceboende.**

Det är inte ovanligt att sköterskan kommer med flera kassar som kan innehålla många olika sorters värktabletter, nitroglycerin i olika former m m. Henry Ascher med fler läkare är alltid välkomna till apoteket för att titta på veckans skörd av återlämnade läkemedel. När vi har kandidater på besök visar vi alltid även kassationen.

### Exempel på recept

Många recept kan se ut så här: Alvedon 500 mg 600 tabl 1-2 x 3-4, Prepulsid 300 1 x 2-3, Acetylcystein 300, 1 x 2-3 osv. Om dessa patienter sätter i system att hämta ut läkemedel varannan månad så är det lätt att räkna ut att många preparat hinner bli för gamla.

Slutet av året 1996 var fruktansvärt för oss på apoteken. Då hamstrade främst astmatiker läkemedel, som vi redan då kunde säga att de inte skulle hinna använda. Nu har vi under 1999 kasserat så mycket Pulmicort och Bricanyl att jag tycker det är synd att jag inte började dokumentera kassationen på en gång.

### Kartläggning i Skåne

Under två veckor hösten 1999 genomförde Apoteken i Skåne en kartläggning av inlämnat läkemedelsavfall. Totala antalet förpackningar var 21 000. Därav kom 850 förpackningar från den slutna vården. Läkemedelsavfallet från sjukvården vägde cirka 180 kg, medan 2 ton lämnades från allmänheten. Då förstår nog Henry Ascher varför de största länen har en större kassation än våra små här uppe i norr med cirka 300 000 invånare.

Läkemedelsförmånen håller på att göras om, eftersom nuvarande konstruktion inte blev bra. •

### Författare

MARGARETA CARLBÄCK  
apotekschef, Biet, Skellefteå.

## TrioBe – dags för Läkemedelsverket att ompröva Fass-texten!

I Läkartidningen 14/00 (sidan 1732) kritiserade Jan-Håkan Jansson Recip för osaklig marknadsföring av företagets kombinationstablett TrioBe med cyanokobalamin (B<sub>12</sub>) 0,5 mg, folat (B<sub>9</sub>) 0,8 mg och pyridoxin (B<sub>6</sub>) 3 mg. Företagets svar (14/00, sidorna 1736-9) till Jan-Håkan var inte acceptabelt.

Recip använder begreppet »riskfaktor» försåtligt. Förhöjda homocysteinnivåer sägs vara en »riskfaktor» för hjärt-kärlsjukdom. Det räcker inte att det finns ett statistiskt samband mellan en intermediärvariabel och ett utfall för att man ska kunna tala om en riskfaktor. Det krävs också att utfallet påverkas om man intervenerar mot variabeln [1].

### Antioxidanter som exempel

Medicinhistorien är full av exempel på hur snett det kan gå när man stirrar sig blind på en biokemisk markör och bortser från det som verkligen betyder något för patienten: insjuknande, livskvalitet, död.

Det mest närliggande exemplet från vitaminområdet gäller antioxidanter som skydd mot cancer och hjärt-kärlsjukdom. Rökare har lägre plasmanivåer och det kan i förstone tyckas logiskt att de får antioxidanter som kosttillskott. Men två stora randomiserade prövningar har visat att tillskott av betakaroten hos rökare ger ökad risk för lungcancer [2].

Inte heller E-vitamin har några gynnsamma effekter mot cancer. Sex randomiserade prövningar har visat att tillskott av antioxidanter inte minskar risken för hjärt-kärlsjukdom. Tvärtom tycks risken för intracerebral blödning kunna öka [2].

### Ingen etablerad riskfaktor

Dessa erfarenheter stämmer till eftertanke. Förhöjda homocysteinnivåer är idag ingen etablerad riskfaktor och TrioBe har ingen dokumenterad skyddande effekt mot hjärt-kärlsjukdom. Eventuella långsiktiga biverkningar är inte dokumenterade. Det finns inget underlag för företagets kampanj om denna »riskfaktor»; randomiserade prövning- ▶