

Finns det någon vetenskaplig studie eller någon erfarenhet (beprövad eller ej) som styrker att konkurrens på apoteksområdet ger

1. en bättre distribution av läkemedel?
2. ett bättre sortiment av läkemedel?
3. billigare läkemedel?
4. bättre information om läkemedel?

Svaret på samtliga frågor är nej!

I stället vet vi att

- Apoteksbolaget ger en fullständig distribution av hela sortimentet i hela landet,
- dess påslag är det lägsta i Västeuropa,
- det bedriver producentobunden läkemedelsinformation med väl dokumenterad effekt.

### Opåverkade?

Om apotekerna börjar konkurrera med varandra, kan patienter och läkare lita på att deras information är opåverkad av säljintresset (jämför med informationen från läkemedelsindustrin)? Skulle apotekerna platsa i läkemedelskommittéerna?

Ledaren menar att mer av Apoteksbolagets resurser bör gå till läkemedelskommittéerna. Till vem skulle det ökade stödet gå? Vem mer än apotekerna i Apoteksbolaget är beredda att regelbundet bedriva producentobunden läkemedelsinformation på enskilda vårdcentraler?

Apoteksbolaget har blivit sittande med Svarte Petter till följd av Åke Hallmans höga lön och före styrelseordförandens bristfälliga verklighetsuppfattning. Läkartidningens ledare faller nu in i kritikerkören som bygger på den felaktiga premisen att Sverige har höga läkemedelspriser och höga prispåslag i apoteksledet. Kritiken är speciellt missriktad, Apoteksbolaget inte sätter priserna och påslaget är lågt.

### Diskutera läkares förskrivningsvanor i stället

Debattera läkemedelskostnader i stället för dess priser; det är läkare som genom sina förskrivningar styr läkemedelskostnaderna. I balansräkningen bör ingå de vinster och kostnader som effektiv respektive ineffektiv behandling medför. Ställ sedan de obekväma frågorna: Varför domineras hypertonibehandlingen av de dyra medlen vars förebyggande effektivitet inte dokumenterats? Varför överanvänds antibiotika med resistensutveck-

**Max 400 ord  
i korrespondensspalten!**

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

Eftersom korrespondensspalten 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.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

ling som följd? Varför används antidepressiva läkemedel dubbelt så mycket i Göteborg som i Stockholm? Varför förskriver sjukhusläkare och privatläkare genomgående dyrare preparat än distriktsläkarna (LT 13/96)?

*Arne Melander*  
professor, leg läkare,  
chef för NEPI  
(Nätverk för läkemedels-  
epidemiologi)

*Björn Olsson*  
distriktsläkare,  
ordf i SFAM

### Kommentar:

## Monopolet känner vi

Om man kräver att »vetenskap och beprövad erfarenhet» måste ligga till underlag för politiska beslut så skulle inte mycket hända, bl a hade Apoteksbolaget aldrig blivit till. Inte heller skulle en Läkemedelsdagmar kunna bli proposition till riksdagen.

Förslag till förändringar måste bygga på att erfarenheter vägs mot idéer om tänkbara förbättringar. Vi vet efter en lång provperiod vad ett monopol inom läkemedelsförsäljningen innebär – på gott och ont. En friare situation vore nu värd att pröva.

Apoteksbolagets supportrar har knappast anledning att vara oroliga. Konkurrensförslaget efter tre decenniers monopol är så stort att medtävlare får en svår situation.

De av bolaget hittills kontrollerade resurserna för offentlig läkemedelsinformation bör

inte heller sväva i fara – de kan i sin helhet bevaras genom att flyttas till sjukvården samtidigt med läkemedelsnotan.

Läkarnas förskrivningsvanor bör inte bara »diskuteras» utan även utvecklas mot allt bättre kvalitet och ekonomi. Denna påverkan bör komma från den källa där det medicinska kunnandet finns, dvs från sjukvården själv.

För detta behövs större insatser i läkarnas interkollegiala arbete, framför allt drastiskt ökade resurser för medverkan i läkemedelskommittéerna och i den interna vidareutbildningen, samt stimulans till hälsoekonomisk forskning.

*Red*

## Bästa möjliga hjälp åt verkliga incestoffer vår önskan

Som framgår av vår artikel »Falsa minnen hjälper incestoffer? Socialstyrelsen tillåter kritiserad psykoterapi» i Läkartidningen 26–27/96 är vi lika angelägna som Birgitta Tordenström och Gunilla Silverberg-Dymling om – som vi skriver – »det mycket viktiga och behjärtansvärda arbetet att hjälpa verkliga incestoffer och döma deras förövare...»

Naturligtvis har vi läst Socialstyrelsens Rapport 1995:3 »Kvinnor som utsatts för incest». Författarna till rapporten uppger nu att boken »The courage to heal» »på inget sätt ligger till grund för» deras arbete.

I rapporten står det att de »utgått från» boken (sidan 75). De skriver nu att de inte sysslar med »minnesåtervinnande» terapi. Men i rapporten står det: »Att hjälpa dessa kvinnor att minnas är en stor del av behandlingen av traumatiska konsekvenser» (sidan 27).

### Klart uttryckt

I urvalet av kvinnor för behandling anger författarna försiktighet. De »som har en känsla av att de varit utsatta för incest utan att ha några direkta minnen av övergreppen» (sidan 59) har ej inkluderats. Men om just denna grupp skriver författarna sedan på samma sida: »Vi har däremot förhoppningar om att någon gång kunna starta en grupp speciellt för dessa kvinnor i syfte att arbeta med att återfå minnen.» Kan man klarare uttrycka att man dels sysslar med, dels också i framtiden vill syssla med »minnesåtervinnande» terapi?

Som pensionerade kliniker varken känner vi »aggressivitet eller har brist på ödmjukhet över klinisk erfarenhet». Vår önskan är att incestoffer skall få bästa möjliga terapi och hjälp och att man skall utarbeta bästa möjliga preventiva metoder. Vår önskan är också att man stoppar ovetenskapliga former av »minnesåtervinnande» terapi som kan leda till inplanterade minnen och inducerad paranoia. Det är en uppgift för Socialstyrelsen!

*Ingemar Hermansson*  
f d distriktsläkare,  
Vilhelmina

*Åke Stenram*  
f d klinikchef,  
rehabiliteringskliniken,  
Universitetssjukhuset,  
Lund

## Socialstyrelsens etiknämnd var inte oklar om haschtest

Bengt Johansson har i Läkartidningen 15/96 framfört synpunkter på hur bl a Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor hanterade frågan om det moraliskt berättigade i haschtest vid nyanställning – detta med anledning av att Barbro Westerholm i Läkartidningen 6/96 ifrågasatte om just anställningstest är det bästa sättet att göra en arbetsplats fri från droger. Hon hänvisade till