

Fungerande apoteksverksamhet?

■ I »Information från Läke-
medelsverket« 6/2010 står
det att vi nu efter apoteks-
marknadens avreglering har
»en fungerande apoteksverk-
samhet«. Min tolkning av
texten är att Läke-
medelsverket anser att vi numera fått
en förbättrad och välfunge-
rande apoteksverksamhet till
skillnad från den tidigare
monopolsituationen. Verkligheten
ser dock annorlunda ut.

I tidnings- och TV-reportage
(29/12 2010) har både patienter
och läkare rapporterat om den
tidsödande olägenheten att det
numera inte går att få en samlad
information om läkemedelslagret
på landets alla apotek. Dessvärre
kan man nu komma i situationen
att behöva ringa eller åka runt och
fråga olika apotek eller apoteks-
kedjor för att få det önskade
läkemedlet. Apotekspersonal har
också vittnat om detta problem.

Ett viktigt skäl för apoteks-
reformens genomförande sa-
des bl a vara att förbättra till-
gängligheten av läkemedel för
patienterna och ge bättre service.
Kommentarer överflödiga. Konkurrensskäl
förhindrar att det tidigare väl-
fungerande informationssystemet
kan få finnas kvar!

Ett annat syfte med avreg-
leringen av apoteksmarknaden
var att pressa läkemedelspriserna.
Det statliga Apoteket har dock
hittills varit bra på att hålla nere
kostnaderna. Med utökade öppettider
och ökad marknadsföring (»per-
sonligare apotek nära dig«, »häng-
iven ägare som vill ta hand om
sina kunder lite extra« för att
näma några användbara argu-
ment i reklamen) är det väl tveksamt
om priserna på receptbelagda lä-
kemedel generellt sett kommer
att kunna pressas nämnvärt på
de privata apoteken.

Sedan den 1 november 2009
säljs diverse receptfria läke-
medel, bl a paracetamol, NSAID
och näsdroppar, i

mataffärer, varuhus och på bensin-
mackor. Försäljningen och till-
gängligheten av dessa läkemedel
har sedan dess ökat markant.
Om detta är bra för folkhälsan
borde diskuteras mera. Risken för
felaktig läkemedelsanvändning,
inklusive missbruk, är uppenbar,
och konkreta fall av ogynnsamma
hälsoeffekter har rapporterats.



Bättre nu än förr?
Foto: Apoteket AB

Personalen på dessa försäljnings-
ställen är knapphändig utbildad,
och kommunerna är satta att
kontrollera verksamheten, men
enligt en rapport har bara en av
tio kommuner gjort inspektioner
(DN 11/5 2010)! Hur kan lagför-
ändringar av det här slaget träda
i kraft innan man vet att kont-
rollerna fungerar? Vem/vilka
bär ansvaret?

Prislappen till skattebetalarna
för omregleringen av apoteken
är betydande. Staten lämnade
ca 500 miljoner kronor (»Hägglunds-
tian«) att fördelas mellan de
nyetable-

rade apoteksägarna (mest till
fyra dominerande, skatteplana-
rande bolag) som ett slags
startbidrag. Man antog att de
gamla apoteken kunde vara
svårsålda, och man ömmade
för de nya ägarna. De vinster
dessa tar ut av sin verksamhet
undandras i viss utsträckning
beskattnings i Sverige.

Var det någon som hostade
något om hur skattebetalarna
s pengar används? Köp en
hostmedicin!

Erik Hägg

leg läkare, professor
emeritus, Enskededalen
erik.hagg2@gmail.com

slutreplik i sederingsdebatten:

Skillnaden mellan avsikt och insikt

■ Karlsson och Strang anser
(LT 4/2011, sidan 97) att vi är
kritiska till den palliativa
vården. Det stämmer i den
mån man där, i en situation
som den vi talar om, betraktar
uppehållande av liv som
överordnat uppgiften att
lindra lidande. Om målet för
den palliativa vården uppfattas
så får döende patienter lida
i onödan. Om patienter med
svåra sjukdomar i livets slutskede
får ett sådant budskap kommer
en del av dem att suicidera. Det
innebär ett misslyckande för
den palliativa vården.

Men WHO:s definition ska
menar vi, inte läsas på det
sättet. När det där heter att
den riktiga palliativa vården
»intends neither to hasten or
postpone death« betyder det
att avsikten inte får vara att
förkorta livet. Det är en helt
annan sak än att man inser att
döden kan komma att inträffa
något tidigare i samband
med att en behandling – den
enda som står till buds – sätts
in för att lindra. Skillnaden
mellan avsikt och insikt är av
grundläggande betydelse här,
liksom i straffrätten.

Vad vi velat förklara är att

det straffrättsligt inte finns
hinder mot att erbjuda sede-
ringsterapi tidigare än två
veckor före förväntad död. Vi
hävdar tvärtom att det kan
vara att bedöma som försum-
melse enligt patientsäkerhets-
lagen att inte göra detta,
nämligen om inget annat
alternativ finns till ett out-
härldigt lidande.

Undersökningar om kvali-
teten i den palliativa vården
är viktiga, men ofullkomliga

instrument. De vars upplevelser
vi verkligen skulle behöva
få svar på kan ju inte nås.

Madeleine Leijonhufvud
professor emerita,
Stockholms universitet

Niels Lynøe
professor i medicinsk etik,
Karolinska institutet, Stockholm
niels.lynoe@ki.se

Debatten är härmed avslutad. red

Tidigare inlägg

- Leijonhufvud M, Lynøe N. Sederings-
terapi som förkortar livet – drap eller
adekvat behandling? LT 45/2010,
sidorna 2772-3.
- Karlsson M, Strang P. Replik till
Leijonhufvud och Lynøe: Finns det en
etisk skillnad mellan dödshjälp och
sederingsterapi? LT 50/2010,
sidorna 3221-2.
- Leijonhufvud M, Lynøe N. Replik
till Engström och Eckerdal: Erbjud
sederingsterapi när behov föreligger.
LT 3/2011, sidorna 97-8.
- Lynøe N. Vem som sagt vad om
den palliativa vården. LT 3/2011,
sidan 99.
- Thingwall G. Palliativ sederings-
terapi: Låt oss verka för att var och en
tar ställning. LT 4/2011, sidan
161.

vård: Det är patienten det handlar
om. LT 51–52/2010, sidan 3304.