

60-70 ställen i klassifikationen. En korrekt klassificering kräver alltså ytterligare information, vilket framgår om man ägnar några minuter åt klassifikationen principer och regler. Pneumoni har t ex en rad olika koder beroende på etiologi.

Brist på datorer på kliniken

Samtidigt som Per Videhult demonstrerar stor tilltro till datatekniken, konstaterar han att det inte finns datorer på klinikerna för att ta hand om och förmedla informationen. Inte minst av den anledningen behövs tryckta versioner av klassifikationen att ta till när datorer saknas eller inte fungerar. IT-utvecklingen på klinikerna är dock landstingens och inte Socialstyrelsens ansvar. Utvecklingen går emellertid snabbt och en omfattande datorisering inom den slutna vården är på väg. Inom primärvården har datoriseringen hunnit förhållandevis längre än inom den slutna vården.

Receptregistret

Beträffande receptregistret hos Apoteksbolaget är det riksdagen som har beslutat om att orsaken till förskrivningen av ett läkemedel skall anges med kod på receptet för att bli möjliggöra en uppföljning av förskrivningsmönster för olika sjukdomsgrupper och göra det möjligt att identifiera t ex sena allvarliga biverkningar.

Kod för förskrivningsorsak finns i Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 och dess primärvårdsversion.

Föreskrifter för hur dessa koder skall användas i detta sammanhang är under utarbetande. Att låta en dator på apoteket sköta en klassificering av förskrivningsorsaken förutsätter att orsaken skrivs på receptet i klartext på ett utförligt och standardiserat sätt. Detta är inte praktiskt möjligt idag och torde dessutom upplevas som integritetskränkande.

»Bisarrerier»

De »bisarrerier» som Lars Norberg letat upp utgör alla översättningar av WHO:s detaljerade klassifikationsregler. Socialstyrelsen har dock funnit det nödvändigt att ta med dem i en publikation vars syfte bli är att återge den internationella klassifikationen och dess definitioner, även sådana som knappast kommer till daglig användning. Dessutom finns det i många sammanhang ett behov av att kunna klassificera detaljerade orsaksuppgifter för

det förebyggande arbetet, t ex beträffande olycksfall, vilket förklarar detaljeringsgraden med »skadeplats» och »aktivitet» vid skadetillfället.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen

Björn Smedby
föredragande läkare i
klassifikationsfrågor

Salus-aktier för vem?

Visst blir man besviken på kriterierna för att få del av nu utdelade aktier i Salus, nämligen att man har en sjukförsäkring. Jag har sedan många år en pensionsförsäkring och dessutom gruppliv-gruppolycksfall och ansvarsförsäkring. Varför skulle inte det räcka för att bli delägare? Vilka motiv hade Salus att utesluta försäkringstagare?

Rune Björke
Borlänge

Replik:

Aktierna ackumulerade vinstmedel för försäkringsrörelse

De nu utskiftade aktierna i Salus Holding AB utgör ackumulerade vinstmedel för den försäkringsrörelse Salus Ömsesidig bedrev intill likvidationen. Vid likvidationen av ett ömsesidigt försäkringsbolag ska eventuellt överskott (underskott) enligt försäkringsrörelselagen fördelas mellan delägarna, dvs försäkringstagarna, per dagen för beslut om likvidation (den 17 oktober 1995).

Den enda försäkringsrörelse Salus Ömsesidig bedrivit är individuell sjukförsäkring och gruppssjukförsäkring. Dessa försäkringstagare är alltså enligt försäkringsrörelselagen delägare i bolaget och ska vid likvidationen erhålla bolagets överskott.

Salus Ömsesidig har också bedrivit en agenturverksamhet

i gruppliv- och gruppolycksfallsförsäkring för Förenade Livs räkning samt bil- och civilförsäkring för Trygg-Hansas räkning. Salus Ömsesidig har ej bedrivit försäkringsrörelse i dessa grenar. Något överskott i form av vinstmedel var ej heller möjligt att ackumulera i Salus Ömsesidig för denna agenturverksamhet.

Givetvis har både Läkarförbundet och styrelsen i Salus funderat över möjligheterna att fördela överskottet i Salus Ömsesidig till samtliga kunder, men det var ju, efter vad som framgår ovan, tyvärr ej möjligt. De försäkringstagare i sjukförsäkring vars försäkring upphörde före den 17 oktober 1995, och som således inte tilldelades Salusaktier, har fortlöpande erhållit del i bolagets överskott genom kraftigt reducerade premier.

Staffan Blomberg
VD, Salus Holding AB

Skjut inte på fel pianist!

En upphetsad debatt har utbrutit i Läkartidningen med anledning av en debattartikel i Dagens Nyheter undertecknad av bl a Läkarförbundets VD Anders Milton. Det är givetvis intressant och stimulerande med en debatt om sjukvårdens effektivitet och produktivitet och huruvida den behöver mer resurser. I 5/97 av Läkartidningen tycker jag dock att ett par av debattinläggen skjuter dels över målet, dels har fel pianist som mål.

Helge och Kristina Malmgren kritiserar i första hand användningen av begreppet »produktivitet» och belyser med ett par exempel att höjd effektivitet i betydelsen minskad dödlighet/bättre vårdresultat kan leda till minskad produktivitet, eftersom mer resurser krävs per åtgärd. Det är säkert sant och understryker behovet av att få fram relevanta effektivitetsmål, något som sjukvården hittills varit dålig på.

Det betyder emellertid inte att produktivitetmålet är irrelevant. All minskad produktivitet leder minsann inte till bättre vård! När den s k Stockholmsmodellen infördes den

1 januari 1992 stod 28 000 stockholmare i kö till olika behandlingar. Tack vare modellens uttalat produktivitetshöjande inriktning var dessa köer i stort sett borta inom ett år. Produktiviteten steg totalt med drygt 15 procent det första året. De som fick behandling i stället för köplacering torde ha betraktat det som en klar förbättring. Det är nog svårt att hitta någon bedömare som menar att vården blev mindre effektiv när produktiviteten steg.

Nedläggningen av akutsjukhus

I Bengt och Johannes Järhults inlägg förekommer ett annat missförstånd. De skriver att »Stockholmsmodellens haveri»... »i framtiden kommer att ge människorna i huvudstadsområdet försämrad sjukvård, bl a genom nedläggning av två välfunderade, billiga akutsjukhus». Det är ett vådaskott som heter duga. Löwenströmska lasarettet och Nacka sjukhus lades inte ned på grund av Stockholmsmodellen, utan för att den avskaffades av den nya vänstermajoritet som trädde till i Stockholms läns landsting efter valet 1994.

Den nya majoriteten ville liksom Bengt och Johannes Järhult ta bort marknadsanpassningen av sjukvården. I stället skulle det bli gamla hederliga planekonomiska lösningar, s k strukturbeslut. Nedläggningen var ett politiskt dikterat beslut utifrån politiska utgångspunkter, inte ett resultat av att marknadskrafterna fick råda. De, dvs patienterna, ville ha kvar sjukhusen. Debatten främjas nog bäst av att skotten riktas åt rätt håll!

Folke Schött
landstingsråd (m),
Stockholm

Max 400 ord

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

Eftersom korrespondenspalterna 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.