

Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket:

Frågor och svar om ICD-koder på sjukintygsblanketterna

II Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen informerade i brev till samtliga läkare under januari/februari om uppgifter för sjukintygsblanketterna »Medicinskt underlag för bedömning av rätt till sjukpenning till och med dag 28 i sjukperioden« (FKF 7261) och »Medicinskt underlag för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder senast från och med dag 29 i sjukperioden« (FKF 7262).

Med anledning av meddelandet har vissa frågor uppkommit, som vi här vill besvara:

• *Begår man sekretessbrott om man skriver diagnoskod på intyg som skall företes arbetsgivare?*

Diagnoskoden tillför i princip inte någon ytterligare information än en diagnos skriven i klartext. Ett skäl till att komplettera med diagnoskod har varit att diagnosen inte skrivits ut eller skrivits på ett sätt som inte har varit entydigt. Det är patienten som företar sitt intyg för arbetsgivaren, inte vårdgivaren. Vård-

personalen begår alltså inte något sekretessbrott genom att förtydliga diagnosen med ICD-kod. Möjligheten för arbetsgivaren att ta del av diagnosen är en följd av att arbetsgivaren också har en lagstadgad skyldighet att initiera rehabiliteringsåtgärder för den sjuke.

• *Är det rimligt att belasta vården med ytterligare administrativt arbete när resurserna redan är så hårt ansträngda?*

Det ökade utnyttjandet av sjukförsäkringen är idag en av våra största utmaningar inom välfärdssystemet. Kostnaderna för sjukförsäkringen har nu passerat landstingens samlade kostnader för att bedriva hälso- och sjukvård. Betydelsen av att kunna följa tillämpningen av sjukförsäkringen och att initiera förändringar kan inte nog understrykas.

ICD-koder är något som redan använts inom den sjukhusanslutna vården under många år och etablerats som rutin där. Att nu den öppna vården kompletterar sina diagnoser med ICD-koder är en naturlig del i utvecklingen. Naturligtvis

måste det för alla uppgifter som registreras – såväl administrativa som medicinska – finnas ett behov av dessa uppgifter. Nyttan av de nya möjligheter till sammanställningar etc som öppnas med ICD-koder bedöms vara så stor att den väl motiverar att koderna registreras i likhet med vad som redan tidigare skett för intagna patienter i samband med utskrivningsanteckningar.

• *Varför skickades denna information hem till mig och inte till mitt arbete?*

Meddelandet gick ut till samtliga läkare i Sverige (ca 30 000). Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen använder sig – i likhet med andra myndigheter – av den adress man är folkbokförd på.

Bo Jordin

primärvårdsråd,
Socialstyrelsen

Göran Blenow

försäkringsöverläkare,
Riksförsäkringsverket

Om vi orsakat »sjukskrivningskatastrofen« bör någon annan göra bedömningarna

II I Socialstyrelsens utskick angående ny ruta på läkarintygsblanketten skriver Siwert Gårdestig, avdelningschef på Riksförsäkringsverket, och Bo Lindblom, avdelningschef på Socialstyrelsen, att »det kan över tid gå mode i vissa diagnoser«. Detta är en mycket förenklad beskrivning av den svåra konsten att ställa diagnos.

Människan har i alla tider och kulturer försökt hitta förklaringsmodeller för människans behov av att beskriva och förstå sjukdomar. Därtill varierar faktiskt sjukdomspanoramat över tiden. Smittkoppor till exempel finns inte längre. En annan dödlig sjukdom, aids, har uppstått. Vårt moderna samhälle har andra hälsoproblem än bondesamhället, där till exempel tuberkulos var ett stort hälsoproblem.

Idag ökar stresssjukdomar, som i sin tur ökar risken för högt blodtryck, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar. Till exempel visade en studie som presenterades på riksstämman 2002 att sömnstörning hos en grupp friska män ökade risken för diabetes med 65 procent.

Alla vet att kostnaderna för sjukförsäkringen skenar och att något måste gö-

ras. Om det finns belägg för att läkarkåren orsakar »sjukskrivningskatastrofen«, genom att sjukskriva friska och arbetslösa människor under fiktiva diagnoser, måste detta missförhållande genast åtgärdas (till exempel genom att låta någon annan instans överta bedömningen av arbetsförmågan).

Om det finns belägg för att stresssjukdomar finns, att de ökar och kan ge nedsättning av arbetsförmågan, då kommer inte ens statistisk sammanställning av diagnoskoder att bidra till en lösning av problemet, eftersom vi redan vet vilka diagnoser som står för ökningen av sjuktalet.

Irma Strandberg

distriktsläkare

Ulf Ohlsson

distriktsläkare;

båda vid Mjölkkuddens vårdcentral,

Luleå

Sjukskrivningarna – vems är felet, Bernhard Grewin?

II Jag börjar bli ganska trött på att höra att de ökade sjukskrivningskostnaderna är läkarnas fel. Att vårt fackförbund dessutom håller med om detta ställer jag mig mycket tveksam till. Är det t ex inte fel att patienten inte har någon som helst kontakt med sin handläggare på Försäkringskassan? Att patienten har fått byta handläggare 3–4 gånger på ett halvår? Att Försäkringskassan dessutom är så upptagen med att betala ut pengar till de sjukskrivna att dess personal måste begränsa sin telefontid och sina besök. Den har dessutom haft hundratals miljoner kronor oanvända som är avsatta för rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassan uppmärksammar inte den sjukskrivne förrän efter 6–12 månader trots att alla vet att det redan efter 2 månader är mycket svårare att återgå i arbete.

Rehabiliteringsplaner

Försäkringskassan pressar inte arbetsgivaren att redovisa rehabiliteringsplanering trots att arbetsgivaren är skyldig att göra denna. Läkaren lämnar det medicinska underlaget och Försäkringskassan beslutar om ersättning. Hur ofta re-

sulterar ett sjukintyg i att ingen ersättning betalas ut? Var tionde gång? Var hundra gånger? Arbetsgivaren gör ofta undermåliga rehabplaner. Han är ofta inte intresserad av att förändra den anställdes arbetsuppgifter, ens under kortare tid. Möjligen kan det ske under arbetsprövning, alltså utan kostnad för företaget. Deltidssjukskrivning beskrivs ofta som en belastning för företaget.

Var tredje anställd har tillgång till företagshälsovård. Den består oftast av blodtryckstagning, kolesterol och spirometri vart och varannat år. När sjukdomar eller något annat obekvämt, t ex mobbing, upptäcks är intresset inte så stort (»Ingår inte i vårt åtagande«). Arbetsgivare kan också tycka att det är för dyrt att anlita företagshälsovården (»Gå till vårdcentralen, det är gratis«).

Höga krav

Arbetsgivaren har ofta höga krav, ibland orimliga, vilket resulterar i att man inte vill ha tillbaka den sjukskrivne förrän denne är helt arbetsför. Det är också en realitet att när antalet anställda med

okvalificerade eller kravlösa arbetsuppgifter minskar betyder det att en större del av befolkningen diskvalificeras från arbetsmarknaden. När arbetsförmedlingen säger att den arbetssökande är för sjuk för att söka jobb och när socialkontoret skall minska antalet bidragstagare, var dyker de då till slut upp? Jo, på vårdcentralen.

Jag har varit med på möten med försäkringskassa, arbetsgivare och patient. Jag har också skrivit intyg att visa upp för arbetsgivaren angående olämpliga arbetsuppgifter och ringt till arbetsgivare för att motivera förändrade arbetsuppgifter. Problemet ligger oftast inte hos mig utan i arbetsgivarens ovilja, Försäkringskassans regler och fackets råd att absolut inte släppa en fast anställning.

Jag har visserligen inte gjort arbetsplatsbesök, men jag kan ju inte göra allt, eller?

Läkarbristen

Att det finns stora problem med att fylla läkarvakanser, speciellt i primärvården, är ingen nyhet. Det finns en nationell

handlingsplan. Man vill öka läkartätheten och alla skall ha en egen husläkare. Man skall samtidigt ha rätt att söka vård var som helst. Det skall vara hög tillgänglighet och man skall komma fram direkt på telefon. Få tid till läkare samma dag. Krav på ökat öppethållande efter kontorstid. Vi avkrävs fler och fler intyg från försäkringsbolag, Vägverket, Försäkringskassan och kommunen.

Rekryteringen anses lösas med hjälp av tyska och spanska läkare. Efter 2006 blir det fler läkare som går i pension än vad tillskottet är.

Stafettläkare är för dyra, läkemedel är för dyra ... Allvarligt talat, tror du Bernhard Grewin att man kan lösa dessa problem genom att landstingen skall betala 10 procent av sjukskrivningskostnaden? Ekonomiska incitament?! Kliv ned från din piedestal!

Kalle Uhlebäck

*läkare, Sättila Vårdcentral,
Södra Älvsborg,
kalle.uhlebaeck@swipnet.se*

Replik:

Snabbt insatt meningsfull rehabilitering är bästa vägen tillbaka till arbetslivet

II Läkarförbundet har aldrig velat göra gällande att sjukskrivningskostnaderna skulle vara läkarnas fel. Tvärtom har vi genomgående i debatten, i vår opinionsbildning och i överläggningar med andra berörda parter hela tiden hävdats motsatsen. Skall vi åstadkomma en förändring med minskad långtidssjukskrivning, och därigenom minskade kostnader för sjukförsäkringen, kan inte hela ansvaret, och därmed problemets lösning, läggas på oss läkare.

Försäkringskassan måste fungera bättre

Precis som Kalle Uhlebäck påpekar är det absolut nödvändigt att alla berörda parter tar sitt ansvar och med förändrade attityder och handlingssätt bidrar till en förbättring. Läkarförbundet delar uppfattningen att Försäkringskassan måste börja fungera på ett både snabbare och betydligt mer professionellt sätt än i dag.

Detsamma gäller företagshälsovården, som måste bli tillgänglig för alla och ta ett större ansvar för både det förebyggande arbetet och rehabilitering på arbetsplatserna. Även arbetsförmedlingen måste ta ett tydligt ansvar och inte se en lösning på sina problem i sjukförsäkringen.

Självklart måste också arbetsgivarna ändra inställning och attityd. De måste bli betydligt mer arbetslivs- och rehabi-

literingsinriktade och ta hand om alla de medarbetare, helt eller delvis, som drabbas av ohälsa.

Slutligen är också patienternas inställning till sjukskrivning av avgörande betydelse. Den i dag tyvärr ofta rådande attityden att det skulle finnas en rätt att vara sjukskriven vid ohälsa måste brytas. Det som skall gälla är det motsatta, en rätt att vid ohälsa få vara, helt eller delvis, i arbete eller meningsfull rehabilitering.

Läkarförbundets förslag

Läkarförbundets förslag till samfinansiering syftar inte till att landstingen med sin knappa ekonomi skall bekosta sjukförsäkringen. Tvärtom är avsikten att tillskjuta resurser från staten till landstingen motsvarande en tiondel av sjukförsäkringens aktuella kostnader. Härutöver måste staten tillföra ytterligare 5–6 miljarder till sjukvården, främst primärvården, för att förslaget skall kunna genomföras. Det är som vi ser det ett villkor. Annars går det inte att organisera och bemanna vården så att vi klarar av såväl dagens uppgifter som det utökade ansvaret.

Genom ett fördjupat patient-läkararbete är förhoppningen att vi i ökad utsträckning skall kunna hjälpa, motivera och stödja våra patienter i att sjukskriv-

ning sällan är en bra lösning vid ohälsa, och att snabbt insatt meningsfull rehabilitering är bästa vägen åter till arbetslivet. Skall vi lyckas krävs resurser med en tillräcklig och annan läkarbemanning än i dag, inte minst inom primärvården.

Ekonomiska incitament på ledningsnivå

Det är viktigt att samtidigt understryka att förslagets ekonomiska incitament inte skall ligga på läkarnivå utan på ledningsnivå i respektive landsting. Det är särskilt viktigt för att läkares yrkesetik inte skall komma till korta. För att vi dessutom säkert skall veta att modellen fungerar i verkliga livet måste den först prövas och utvärderas, i något landsting.

Med förslaget vill Läkarförbundet förstärka resurserna och förbättra förhållandena i vården, och samtidigt genom fördjupade patientrelationer och orubbat patientförtroende bidra till lösningen på ett av våra just nu största samhällsproblem. Vi skall inte vara myndighetsutövande läkare. Det sköts av försäkringsläkarna hos Försäkringskassan.

Förslaget kan bidra till lösningen

Jag är som kliniskt verksam läkare sedan 30 år och reumatolog, även under min ordförandetid i Läkarförbundet med en dag i veckan, väl förtrogen med den komplicerade problematik som sjuk-

skrivning på olika sätt innebär. Någon piedestal tycker jag inte att jag sitter på. Jag tycker vårt förslag är bra. Även om många detaljer återstår att klara ut kan det leda rätt i en del av lösningen på problemet.

Bernhard Grewin
*förbundsordförande,
Sveriges läkarförbund
bernhard.grewin@slf.se*

Smittkoppor och HIV – en slutreplik

■ Ragnar Norrby anför en del skäl mot min hypotes om relationen mellan utrotning av smittkoppor och HIV (Läkartidningen 15/2003, sidan 1368).

Mot det första vill jag invända att dagens frekvens av HIV-positivitet i ett område inte behöver ha att göra med i vilken ordning smittkoppor utrotades. Bakom dagens situation, efter spridning av HIV under 20–25 år, ligger snarare faktorer som livsstilar, ökat resande och riskbeteende än var smittkoppor utrotades senast. Den springande punkten i min hypotes är att under tiden smittkoppor fanns var risken lägre för att HIV skulle få den omfattning som gäller idag.

Det andra skälet kan jag till en del hålla med om, men också under lågfrekvent förekomst av smittkoppor skulle sjukdomen kunna begränsa antalet HIV-positiva tillräckligt för att hålla nere en omfattande spridning från det troliga ursprungsområdet i Afrika.

Att min hypotes är spekulativ antyder jag själv i andra delen av mitt inlägg, men jag håller inte med om att den är osannolik på grund av de skäl som Ragnar Norrby anför.

Sven Åke Hedström
*docent (emeritus), specialist
i infektionssjukdomar, Falkenberg
sven.ake.hedstrom@sydpost.nu*