

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-