

Evidensbaserad medicin:

# Vinstkrav försämrar och fördyrar vården

**Undvik vård på sjukhus eller vårdhem som drivs med vinstkrav. Landstingen bör inte sluta avtal med sådana institutioner. Det är ett par av de slutsatser som Inge Axelsson drar efter att ha gått igenom litteraturen om kvalitet och kostnad i vård med respektive utan krav på vinst.**

Kan evidensbaserad medicin (EBM) säga något om hur vården ska organiseras, finansieras och ägas? Svaret är ja.

EBM innebär att vården grundas på kunskap från studier av hög kvalitet. Litteraturen genomletas systematiskt, och funna studier som klarar förutbestämda kvalitetskriterier samlas samman, om möjligt i en metaanalys (matematisk summering av resultat från flera, likartade studier).

**Jag har sökt i flera databaser** för att jämföra kvalitet och kostnad med respektive utan vinstkrav (»for profit« respektive »not-for-profit«). För PubMed användes söktermerna »hospitals« [MeSH Terms] OR »hospital« [All Fields] OR »hospital« [All Fields] AND profit [All Fields] AND Review [ptyp] för litteratur publicerad år 2000 eller senare (123 översiktsartiklar).

I Cochrane Database of Systematic Reviews sökte Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group manuellt (111 översiktsartiklar). BMC Health Services Research genom-

tes för sökordet *profit* för åren 2001 (tidskriftens startår) till och med 2011 (176 träffar).

I Web of Science granskades artiklar som refererar till de artiklar som ingick i min studie. För artiklar som var relevanta och uppfyllde kvalitetskriterierna granskades deras litteraturreferenser och »Related citations« (PubMed).

**Sammanlagt elva artiklar** uppfyllde min studies kriterier. Jag fann att en forskargrupp i Kanada under 2000-talet utfört fyra systematiska översikter med metaanalyser av effekten av vinstkrav inom vård, publicerade i ledande tidskrifter.

- Forskarna fann följande:
- Två metaanalyser omfattande 38 miljoner [1] respektive 350 000 patienter [2] i USA visade signifikant fler dödsfall och högre vårdkostnader på privata sjukhus med vinstkrav än på privata sjukhus utan vinstkrav (ofta drivna av kyrkor eller andra ideella föreningar). Skillnaden i mortalitet är liten men statistiskt och kliniskt signifikant.
  - Metaanalyser av vård på äldreboenden i främst USA och Kanada visade i de flesta fall en signifikant eller icke signifikant trend till bättre vård (t ex färre ligg-sår) på boenden utan vinstkrav än på boenden med vinstkrav [3].
  - En metaanalys visade en signifikant högre dödlighet på dialyskliniker med vinstkrav, motsvarande ca 2 500 extra dödsfall/år i USA, jämfört med om dödligheten varit lika låg som

på dialyskliniker utan vinstkrav [4].

**Varför är kliniker med vinstkrav sämre och dyrare?** Enligt de kanadensiska forskarna har vinstsjukhusen låg effektivitet på grund av höga vinster och dyr administration med höga löner och bonusar till administrativa chefer.

Har studier från andra forskargrupper bekräftat resultatet ovan? Ja, med vissa undantag. En studie från USA fann att det omkring år 2000 inte var någon signifikant skillnad i dödlighet mellan dialyskliniker med respektive utan vinstkrav [5], men en studie från år 2010 visade att man hade kunnat spara 1 600 patientår sjukhusvård per år i USA om vinstdialyskliniker varit lika effektiva som kliniker utan vinstkrav [6].

En systematisk översikt över delvis samma studier som i referenserna 1-3 visade att för sjukhem var vinstkrav associerat med lägre kostnad men också med lägre kvalitet. Vinstsjukhus var dyrare och sämre (inklusive högre mortalitet) än sjukhus utan vinstkrav [7].

En omfattande metaanalys från Stanford-universitetet visade att studier som täckte stora delar av USA ofta visade att vinstsjukhus hade högre dödlighet än andra sjukhus, men att skillnaderna försvann i vissa regioner och un-

**»Hade privatsjukhus ersatts med statliga sjukhus skulle Grekland kunnat spara över 100 miljoner euro per år.«**



Foto: Colourbox

**Enligt de kanadensiska forskarna har vinstsjukhusen låg effektivitet på grund av höga vinster och dyr administration med höga löner och bonusar till administrativa chefer.**

der vissa tidsperioder [8]. En studie av 616 sjukhus i USA 1990–1999 visade att vinstsjukhus var mindre effektiva än sjukhus utan vinstkrav [9].

En systematisk översikt av 17 studier från USA 1987–2001 visade att psykiatriska sjukhus utan vinstkrav hade bättre kvalitet, effektivitet och tillgänglighet än psykiatriska vinstsjukhus. Psykiatriska sjukhus med vinstkrav var bäst för ett kriterium, medan icke-vinstsjukhus vann 16 kriterier, och det var oavgjort för sex kriterier. Motsvarande siffror för somatiska vårdinrättningar i USA var 21, 90 och 45 [10].

En ny studie (2011) visade att på vinstsjukhus i Grekland hade samtliga specialiteter signifikant sämre kostnadseffektivitet än på de statliga sjukhusen. Hade privatsjukhusen ersatts med statliga sjukhus skulle Grekland kunnat spara över 100 miljoner euro per år. Brist på data omöjliggjorde en jämförelse av kvalitet [11].

**Stämmer den torra statistiken** med upplevelser i verklighe-



**INGE AXELSSON**  
professor, överläkare,  
Mittuniversitetet och  
Östersunds sjukhus  
Inge.Axelsson@miun.se

ten? En barnläkare, som arbetat både i Stockholms offentliga sjukvård och i Londons offentliga och privata sjukvård, skrev så här om sitt arbete i London: »Att mäta kvaliteten i sjukvården är svårt, och utan objektiva mått får man förlita sig på personliga intryck. Min och mina kollegers uppfattning är entydig. Vi anser att kvaliteten på den slutna privatvården är sämre än sjukhusets vanliga vård. Samma uppfattning har tyvärr ofta de patienter som har erfarenhet från både privat och offentlig vård« [12].

**Min studie kan sammanfattas i tre meningar:**

- Undvik vård på sjukhus eller sjukhem med vinstkrav.
- Landstingen bör inte sluta vårdavtal med sådana institutioner.
- Vinster är patientfientliga.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Devereaux PJ, Choi PTL, Lacchetti C, Weaver B, Schünemann HJ, Haines T, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ*. 2002;166:1399-406.
2. Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2004;170:1817-24.
3. Comondore VR, Devereaux PJ, Zhou Q, Stone SB, Busse JW, Ravindran NC, et al. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;339:b2732.
4. Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PTL, et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2002;288:2449-57.
12. Tullus K. Svensk läkare verksam i England: Privat sjukhusvård för barn riskerar att bli sämre än den offentliga. *Läkartidningen*. 2008; 105:2116-7.

**LÄS MER** Fullständig referenslista [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

# Utländska läkare i svensk sjukvård och kampen för integration i det svenska (arbets)livet

■ Sverige har haft brist på läkare under lång tid, och flera landsting har gjort rekryteringskampanjer i andra länder. Mer än hälften av alla läkarlegitimationer som utfärdas i Sverige ges till läkare som har utbildats utomlands.

Vanligaste orsaken till att utländska läkare söker arbete i Sverige är högre lön, bättre arbetsmiljö och bättre arbetstider. Men vägen till att få läkarlegitimation kan vara lång, och integration i ett nytt land och kultur ställer stora krav på alla inblandade.

**En del av läkarna är utbildade utanför EU, för dem är kunskapsprov avgörande för att få svensk läkarlegitimation.**

Nyexaminerade utländska läkare kan gå specialutbildning för att få svensk legitimation. Specialister måste däremot själva hitta en praktikplats, vilket kan ta flera år (snittväntetiden för läkarlegitimation ligger på ungefär fyra år). Detta trots att det råder brist på läkare på många håll.

Det finns uppenbara risker med att en läkare inte kan arbeta i sitt yrke under längre tid; man förlorar kraftigt i sin läkarcompetens om man kör taxi eller arbetar i reception i flera år.

**Huvudansvaret för att ge tillräckligt med praktikplatser och möjlighet till provtjänstgöring ligger på landstingen.** Eftersom en provtjänstgörande läkare kräver extra handledning behöver sjukhusen ersättning för detta från landstinget. Om man utgår ifrån att det tar tolv år att utbilda en svensk läkare till specialistlegitimation, och mellan ett halvt och två år för en utländsk specialist, är det lätt att räkna ut hur lönsamt det vore att satsa mer på

praktikplatser och att snabba på processen.

**Även läkare från andra EU-länder kan stöta på problem** genom att inte betraktas på samma sätt som svenska läkare. Den svenska ordningen med två kategorier av allmänläkare, »specialistläkare i allmänmedicin« och »Europaläkare« (som betecknar en lägre nivå), eller att tvinga utländska läkare att genomgå lämplighetstest, är inte förenlig med EU-reglerna.

**Är man utbildad i ett EU-land**

ställs inga krav på att kunna svenska för att få läkarlegitimation, vilket kan innebära risker för patienter. Bristande språkkunskaper inverkar negativt på patienternas uppfattning om läkarens medicinska kunskaper, och detta leder till osäkerhet och en känsla av inkompetens hos läkaren. Det är ofta svårt att hitta svenska ord för medicinska termer, speciellt i stressande situationer. Snabba telefonsamtal kan vara svåra att hänga med i, och även när patienten ger långa detaljerade redogörelser.

För utländska läkare kan det kännas respektlöst att tilltala en patient informellt, om man är van vid att ha en mer auktoritär hållning.

Språket kan vara ett hinder i andra sammanhang också, t ex när det gäller småprat med kollegor i fikapauser, vilket försvårar integration och socialisation i arbetslivet.

**I Sverige är maktavståndet**

mellan läkare och patient betydligt mindre än i många andra länder. Svenska patienter är i allmänhet mycket pålästa och intresserade, de har en egen uppfattning om hur deras vård ska se ut, de kommer ofta med idéer och kom-

mentarer. De vill ta del av sin vård. De kan därför uppfattas som krävande, och deras ifrågasättanden kan kännas kränkande för läkaren.

Den svenska sjukvårdens »osynliga hierarki« blir också svår att hantera för läkare från andra kulturer, där man är van vid en mer tydlig hierarki och där doktorn har en starkare ställning. Sjuksköterskor i Sverige är högre utbildade än i många andra länder, och samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare kan försvåras om de uppfattar att läkaren inte litar på deras kompetens.

**De ovan beskrivna problemen**

är bara några exempel på svårigheter som man som utländsk läkare kan stöta på inom den svenska sjukvården. Naturligtvis finns det många fördelar med att arbeta i Sverige, och att de flesta läkare stannar kvar under en längre tid är ett tecken på att fördelarna överväger svårigheterna.

Självklart hänger det mycket på den utländska läkaren själv hur hans eller hennes situation utvecklas, men de ovan beskrivna exemplen understryker behovet av ökade integrationsinsatser (språklig träning, lättillgänglig provtjänstgöring, arbetsmiljöfrågor) för att göra det lättare för utländska läkare att integreras i svensk sjukvård.

**Eszter Kovács**

ST-läkare i allmän psykiatri, Beroendecentrum Stockholm [eszter.kovacs@sl.se](mailto:eszter.kovacs@sl.se)

\*

Skrivandet av artikeln ingick i som en del av examinationen i kursen »Psykiatri och samhälle« inom Metis (Mer teori i ST), Skellefteå 22–25 mars 2011.

# Finns det plats för klarspråk?

Om psykiatrins välförtjänt dåliga rykte

**Kan någon rädda den svårt anemiske psykiatern från ett för tidigt frånfälle – orsakat av galna krav och dödlig leda?**

Den psykiatriska verksamheten i Sverige är körd i botten. Att påstå något annat är bara falskhet och förnekande. Den kliniska psykiatrin präglas av en generellt låg kunskapsnivå och utarmade resurser. Bristen på psykiatrer har lett till en verksamhet vars kvalitet i praktiken bestäms av andra yrkeskategorier än läkaren. De helt dominerande yrkesgrupperna är sjuksköterskor, kuratorer och psykologer. Denna brist på psykiatrer har blivit både orsak och verkan.

**Jag vill entydigt klagöra** att alla yrkesgrupper inom psykiatrin har gjort och gör outhållbara insatser inom sina respektive kompetensområden! Men inom stora delar av psykiatrin, framför allt öppenvården, har de tilldelats och tyvärr accepterat roller utanför sina egna kompetensområden: yrkesroller och ansvar som inom alla andra medicinska specialiteter självklart tillhör de specialiserade läkarna!

Detta har tyvärr lett till allvarliga brister, inte minst inom psykiatrisk diagnostik och behandling, och hanteringen får läkare att fortsätta sin flykt. Detta har i sin tur gett den specialiserade psykiatrin ett, vill jag påstå, välförtjänt dåligt rykte.

Politikerna har inte förstått problemet med denna oprofessionella hantering,



**CARINA HELLSTRÖM**  
överläkare, specialist i psykiatri, leg psykoterapeut, Psykiatri Nordväst, Stockholms läns landsting  
carina.hellstrom@sll.se



Foto: Colourbox

**Många psykiatrer lider malign brist på intellektuell stimulans och kreativ frihet i den kliniska vardagen, hävdar Carina Hellström, som efterlyser bot för den dödliga ledan.**

som de därför både accepterat och vidmakthåller!

En annan orsak är den historiska period då psykiatriforskningen stod stilla, vilket gjort att åldriga verksamhetsstrukturer kunnat upprätthållas. En levande hjärna kunde inte undersökas, och filosofin fick då ersätta vetenskapen. Vem som helst ansåg sig till slut skickad att tolka de sjukas inre värld och beteenden. Fantasifulla personer, särskilt inom kulturlivet, har länge satt sig till doms över psykiatrin och tagit sig friheten att göra egna tolkningar av psykiatriska tillstånd och hur de bör handläggas. Psykiatrins företrädare har tigit still.

**Detta synsätt finns kvar**, även hos många psykiatrer. Man ser sig inte som läkare, utan som en trivsam samtalspartner i fikarummet. Man vågar inte ta plats, det finns nämligen en stor risk att bli utfrusen! Inom psykiatrin är adjektiven »duktig« och »trevlig« synonymer. Att av icke medicinsk personal få epitetet »en duktig läkare« är belöningen till den doktor som gör det som förväntas av honom/henne utan ifrågasättanden. Professionella krav

och yrkesskicklighet är till och med ganska illa sedda eftersom de ställer obekväma krav på kompetens också på omgivningen, vilket ofta saktas låga för att verksamheten ska rulla på!

Landstingets ständigt höjda produktionskrav, sparbetning och strypta resurser med viten om kliniken inte uppfyller kraven har gjort att klinikledningen helt förblindats och fattar allt vansinnigare beslut, som att för att spara några kronor köpa privata utredningar av usel kvalitet med felaktiga diagnoser som resultat. (Läs gärna min debattartikel i Dagens Samhälle, där ges en närmare förklaring [1].)

**Alla vet att det finns** allvarliga problem, men politikerna är vilsna. Detta leder till felaktig styrning av landstingets verksamheter, vilket bara gör saken ännu värre. I stället för att se psykiatrin som den neurovetenskap den är – utan hjärna, inget psyke – så fortsätter man att betrakta den som ett trevligt (vilket »säkerställs« via patientenkäter) förvaringsutrymme för alla handa problem.

Vi som kräver hög kvalitet även i den psykiatriska vården, vi som har all nödvändig kunskap och som, i motsats till alla andra som dagligen missbrukar dessa ord, vill ge skattebetalarna valuta för pengarna i form av skickligt genomförda utredningar och behandlingar av god och säker kvalitet, oss lyssnar ingen på.

**Jag vet vad som behövs** för att höja effektiviteten i mitt neuropsykiatriska team – så låt mig och vår mycket skickliga psykolog själva organisera vårt arbete och bestämma dess förutsättningar! Tillåt inte längre att vi behandlas som en skock får. Ännu är vi inga fårsckallar, även om

många lider malign brist på intellektuell stimulans och kreativ frihet i den kliniska vardagen och hellre skulle fly till grönare fält.

**Det behövs ingen** specialistutbildning i psykiatri för att med missvisande men av beställarna anvisade skattningsskalor trycka fast en diagnos på en patient och sedan skriva ut läkemedel! För att ge godtyckliga och felaktiga diagnoser behövs ingen läkare, inte ens medicinsk utbildning. Detta borde bara vara en absurditet, men det är redan satt i system inom psykiatrin, med bristen på psykiatrer som bagatelliserad förevändning. Läkare behövs inte; så hej och hå, här jobbar vi på!

Beställarna tror att diagnosformulären är en förutsättning för att alla ska klara av jobbet, varför de används som kvalitetsmått, oavsett yrkeskategori. Det ger inkomstpöängen till kliniken, vår i dag högst prioriterade arbetsuppgift. I stället borde man, som alla medicinska specialiteter alltid bör göra, kräva och premiera vetenskapligt kunskapsbaserade metoder, kliniskt utförda av erfarna (mycket viktigt) specialistläkare.

**Rätt diagnos till rätt patient** är väl ett bra första kvalitetsmått?

Var så snäll och rädda den svårt anemiske psykiatern från ett för tidigt frånfälle – orsakat av galna krav och dödlig leda!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

## REFERENS

- Hellström C. Landstinget i Stockholm sviker den psykiatriska vården. Dagens Samhälle 28 nov 2011. <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/landstinget-i-stockholm-sviker-den-psykiatriska-var-den-1428>

# Felaktig diagnoskodning försvårar uppföljning av gravidas sjukfrånvaro

I en nyligen publicerad rapport [1] konstaterar Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) att hälften av läkarintygen i sjukpenningärenden vid graviditet hade en felaktig eller ofullständig diagnoskod, medan utredningarna, bedömningarna och beslutsmotiveringarna i de flesta sjukpenningärenden som rör gravida är av god kvalitet.

ISF har på uppdrag av regeringen granskat tillämpningen av lagstiftningen för sjukpenning och graviditetspenning avseende kvinnor med graviditetsrelaterade besvär. En registerstudie, en granskning av gravidas sjukpenning- och graviditetspenningakter samt en genomgång av domar har genomförts. Granskningen av läkarintygen (291) i sjukpenningärendena gjordes av specialister inom gynekologi och obstetrik med mångårig erfarenhet, och bedömningen gjordes utan vetskap om vilket beslut Försäkringskassan fattat. Intygen var avidentifierade avseende patientens personnummer, sjukvårdsinrättning samt utfärdande läkare.

**Resultatet visar på en** avsevärd regional spridning i diagnoskodningen vid sjukskrivning under graviditet. Kvinnor i Stockholm blev under graviditeten sjukskrivna för graviditetsrelaterade besvär (O-koder) i 82 procent av fallen. Motsvarande andel i Norrbotten var 55 procent [1, Tabell B5]. Detta torde inte spegla skillnader i de faktiska besvåren för gravida kvinnor i olika delar av landet. Om man i stället studerar enskilda O-koder kan man påvisa en än mer anmärkningsvärd skillnad mellan olika landsting och regioner. Av statistiken att döma är det exempelvis fem gånger så vanligt att en gravid kvinna i Örebro blir sjukskriven för illamående som i Väst-



Visar på stora regionala skillnader.

manland. Att dessa besvär skulle vara så mycket vanligare i Örebro är föga sannolikt. Sjukskrivning för föglossning är enligt statistiken fyra gånger så vanligt i Stockholm som i Norrbotten, och hotande förtidsbörd fyra gånger så vanlig i Kronoberg och Stockholm som i Örebro, Västmanland och på Gotland.

**Enligt Socialstyrelsens** rekommendationer ska gravida i slutenvård kodas inom kapitlet för graviditet, förlossning och barnsängstid (O-koder). Dock måste hänsyn tas till prioriteringsordningen (Fakta 1). I öppenvården kan man använda O-koder för graviditetsrelaterade sjukdomar. Använder man inte O-kod kan graviditet anges med koden Z33.9 (Graviditet som bifynd).

Socialstyrelsen har inlett en översyn av kodningsanvisningarna. I en fördjupad analys av 102 sjukpenningärenden var 62 utfärdade vid mödrhälsovård, kvinnoklinik eller liknande och resterande 40 inom annan vård, företrädesvis primärvård. Inom mödrhälsovården bedömdes 11 procent av intygen sakna en O-kod. I 31 procent av intygen bedömdes det vara berättigat med ytterligare eller kompletterande O-kod. För de intyg som utfärdats inom annan typ av vård var andelen intyg som helt saknade O-kod avsevärt högre (30 procent,  $P=0,046$ ). Andelen som kunde kompletteras med ytterligare en O-kod var densamma, det vill säga

30 procent. Detta antyder att medvetenheten hos läkarna om Socialstyrelsens rekommendationer att gravida i öppenvård kan kodas inom O-kapitlet eller med kod Z33.9 är lägre inom primärvården än inom mödrhälsovården.

**Denna osäkerhet och dessa** regionala skillnader kan få konsekvenser vid tillämpning av bestämmelserna om sjukpenning eftersom Försäkringskassan får ett läkarintyg som inte är så tydligt som skulle vara önskvärt. Felaktigheter i diagnoskodningen kan också innebära att det blir svårare att följa upp gravidas sjuklighet i register. Detta försvårar exempelvis registerbaserade uppföljningar av interventioner vid graviditetsrelaterade besvär. Om detta ska kunna åtgärdas bör läkares diagnoskodning av gravida ske enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

**Nina Karnehed**  
med dr, projektledare,  
Inspektionen för  
socialförsäkringen  
nina.karnehed@inspsf.se

**Niklas Österlund**  
utredare, Inspektionen  
för socialförsäkringen

**Anna-Karin Isaksson**  
utredare, Socialstyrelsen

**Margareta Nyman**  
med dr, överläkare, kvinno-  
kliniken, Danderyds sjukhus

**Lottie Skjöldebrand Sparre**  
med dr, överläkare, kvinno-  
kliniken, Danderyds sjukhus

**Rickard Ljung**  
med dr, specialist i  
socialmedicin, chef kompetens-  
område medicin, Inspektionen  
för socialförsäkringen

## REFERENSER

1. Graviditetspenning och sjukpenning vid graviditet. Tillämpningen av lagstiftningen. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen; 2011. Rapport 2011:16. [http://www.inspsf.se/digitalAssets/0/658\\_2011-16.pdf](http://www.inspsf.se/digitalAssets/0/658_2011-16.pdf)

## FAKTA 1

I slutenvården bygger klassifikationen på vissa överordnade klassifikationsregler som innebär att vissa kapitel har företräde framför andra. Om den sjukdom som är huvuddiagnos kodas i flera kapitel koden i det kapitel som har högsta prioritet.

Prioritetsordningen:

- 1) Skador och förgiftningar (kapitel XIX)
- 2) Graviditet, förlossning, barnsängstid samt vissa perinatale tillstånd (XV–XVI)
- 3) Infektionssjukdomar, tumörer och missbildningar (I, II och XVII)
- 4) Organsystemkapitlen (III–XIV), symtomkapitlet (XVIII) och Z-kapitlet (XXI).

Exempel:

- En patient med diagnosen diabetes typ 1 kodas normalt under E10.9. Skulle denna patient vara gravid ska patientens diabetes i stället kodas O24.0.
- En patient med diagnosen gallstensanfall kodas normalt under K80.2, men skulle patienten också vara gravid ska enligt regelverket den första koden komma från kapitel XV. Diagnosen gallstensanfall är givetvis densamma, men kodningen ska hos den gravida vara O99.6 + K80.2 i nämnd ordning.
- En gravid kvinna som råkar ut för en skada ska däremot kodas på vanligt sätt då skadepapiret, kapitel XIX, har högre prioritet än kapitel XV. Graviditeten kan då vid behov markeras med koden Z33.9.

I öppenvården kan man använda O-koder eller markera med Z33.9. Här finns inga krav på O-kod för graviditetsrelaterade sjukdomar. Använder man inte O-kod kan graviditeten anges med koden Z33.9 (Graviditet som bifynd).