

terroristgrupps för att bygga kärnvapen. Enstaka, enkla, kärnvapen kan byggas i lönn- dom, att bygga en kärnvapen- styrka kräver stora anläggning- ar. Skall man börja med att rena klyvbara isotoper, blir anlägg- ningarna enorma. Dagens spionsatelliter kan upptäcka varenda lastbil. Kärnvapenfa- briker kan inte döljas. Om nu vapenmakt skulle vara den enda vägen för att förstöra an- lägningarna behövs inte kärn- vapen, konventionella vapen räcker.

»Kärnvapnen måste avskaffas»

Sensommaren 1995 samlas i Canberra en grupp män – och en kvinna – med större erfarenhet av kärnvapens mili- tära och politiska betydelse än någonsin förr. Där ingick t ex Robert McNamara och de tidi- gare överbefälhavarna över Natos och USAs största kärn- vapenstyrkor. Redan vid sitt första möte enades man om sina huvudsakliga slutsatser: Kärnvapnen måste avskaffas, de utgör ett oacceptabelt hot mot mänskligheten. Kärnvap- nen kan avskaffas utan fara för kärnvapenmakterna. Kommis- sionen har beskrivit steg för steg hur processen skall gå till.

Gunnar Westberg
ordförande, Svenska läkare mot kärnvapen

Stenåldriga rutiner införs Låt datorn leta fram koder

Med de nya recepten och Socialstyrelsens nytvun- givna bok »Klassifikation av sjukdo- mar och hälsoproblem 1997», en behändig liten bok som med sina tre kilo och 762 sidor med lite god vilja går att få ner i en mindre resväska, införs nu nya stenåldriga administrativa ruti- ner på sjukhusen runt om i lan- det. I stället för att ha kvar de gamla recepten och låta apote- kets dator leta fram de diagnos- tiska koder som under våren ska finnas med på alla recept förser man läkarna med en stor otymplig bok. Där skall läkar- na själva leta fram de rätta ko- derna för den sjukdom mot vil- ken de förskrivit receptet, ett arbete som brukar ta någon till några minuter per recept. Rör det sig om tio recept, som

KORRESPONDENS

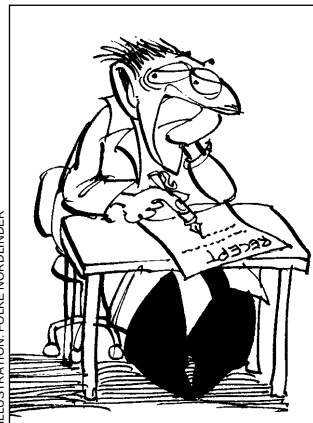


ILLUSTRATION: FOLKE NORLINDER

Det är inte rimligt att läkare ska behöva sitta och slå i en stor otymplig bok för att leta fram olika koder när arbetet skulle kunna ske automatiskt.

många gånger är fallet, kan ar- betet ta tio till tjugo minuter i anspråk!

Trettio års erfarenhet

I Läkartidningen 51-52/96 kan vi läsa att Björn Smedby, som lett arbetet med att ta fram »Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997», har trettio års erfarenhet av klassi- fikationsfrågor i Socialstyrel- sen. Med sitt nya verk har han på ett tydligt sätt visat att det inte kan vara många minuter av dessa trettio års erfarenhet som samlats ihop på klinikerna. Hade det varit det hade vi al- drig fått den här boken. Då hade vi fått ett miniräknarstort tan- gentbord med display som le- digt gick ner i rockfickan. Där knappade vi in »pneumoni» varpå koden hoppade upp. El- ler så hade man försett våra sekreterare med ordbehand- lingsprogram som samtidigt som journalen skrivs ut letar upp den rätta diagnoskoden.

Använd datorer i stället!

Tanken att upprätta ett re- gister för Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem är bra och ska uppmuntras, men sättet det görs på idag måste stoppas. Det finns inget behov av en bok som »Klassi- fikation av sjukdomar och häl- soproblem 1997». Låt datorn sköta registrering automatiskt. Använd datorerna till vad de är bra på och oss läkare till det vi är bra på. Det är inte rimligt att vi som läkare ska behöva sitta och slå i en stor otymplig bok för att leta fram olika koder till

recept och journaler när arbetet skulle kunna ske automatiskt.

Är det inte paradoxalt att Socialstyrelsen först ger oss en gedigen medicinsk utbildning för att sedan tvinga oss att ar- beta som administratörer större delen av vår tid?

Visserligen lär olika CD- ROM-varianter av »Klassifi- kation av sjukdomar och hälso- problem 1997» vara på väg, men vad hjälper det mig när jag som läkare inte har tillgång till någon dator i mitt kliniska ar- bete? De administrativa ruti- nerna inom sjukvården är på väg att bli ett hälsoproblem då de slukar för mycket vårdresur- ser.

Varför händer då ingen- ting? Är det för att den »nya» tekniken anses för dyr att intro- ducera? Lever man i tron att det blir billigare att låta läkare, sjuksköterskor och annan vård- personal sköta arbetet för hand?

I väntan på svaren fortsätter vi med vårt gamla journalsys- tem på papper och ingen vet hur många tusen arbetstimmar som varje år åtgår till att hämta och ställa tillbaka journaler i arkivet.

Sekreterarna fortsätter att knacka på sina skrivmaskiner femtio år efter konstruktionen av den första moderna datorn Mark 1. Vi läkare fortsätter att med papper och penna överfö- ra information från en medicin- lista till en annan.

Per Videhult
AT-läkare, Köping

Bisarrerier i Klassifikation av sjukdomar

Årtiondets utgåva av Klas- sifikation av sjukdomar och hälsoproblem har nått oss.

Samlaren av märkligheter finner att privat tennisbana alls icke får uppfattas som idrotts- och sportanläggning, att den som byter hjul på sin bil uppfat- tas som fotgängare samt att spårvagn som framförs i gatu- trafik räknas som icke motor- drivet fordon (kraften kommer från ovan?).

Som en höjdpunkt framstår möjligheten att genom en s k femtepositionsuppdelning

fastslå att en skada har ådragits under den språkliga nykon- struktionen vitalaktivitet, som innefattar personlig hygien (!?). Intressanta förlopp anas i koder likt W 58024.

Den som trott sig utbildad att bedriva sjukvård finner sig nu tvungen att en alltför stor del av arbetsdagen brottas med bi- sarrerier likt ovan.

Fyller denna omåttliga sif- ferexercis något vettigt ändamål? Kan någon ansvarig från Socialstyrelsen ge en förkla- ring?

Lars Norberg
ortopedkliniken
Lundby sjukhus, Göteborg

Replik:

Stigande behov av precisering av diagnoser

Per Videhult tar upp tre frå- gor – den nya klassifikationen, receptregistret och datorise- ringen inom hälso- och sjuk- vården.

Den nya sjukdomsklassifi- kation som Socialstyrelsen publicerat är inte en egen kon- struktion utan endast en svensk översättning av Världshälsoor- ganisationens (WHO) interna- tionella sjukdomsklassifika- tion (ICD-10) för statistiskt bruk.

Den nu hundraåriga klassi- fikationen har med ett stigande behov av precisering av dia- gnoser successivt utökats.

I arbetet med den svenska versionen har ett stort antal av Svenska Läkaresällskapets sektioner aktivt medverkat. Därvid har dessa medicinska specialister ställt krav på ytter- ligare detaljrikedom genom förslag på ett par tusen fördjup- ningar.

Kräver strukturerade journaler

Vår förhoppning – liksom insändarens – är att registrerad journalinformation skall kunna klassificeras och kodas auto- matiskt, men detta kräver strukturerade journaler, utförligt dokumenterad datoriserad information, enhetliga kriterier och terminologi samt advance- rad programvara, något som inte tycks vara nära förstående. Enbart elektroniskt lagrade klassifikationer – som ju redan finns – är ingen lösning.

Exemplet med pneumoni ger vid textsökning träff på

60–70 ställen i klassifikationen. En korrekt klassificering kräver alltså ytterligare information, vilket framgår om man ägnar några minuter åt klassifikationens 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 sällsynta 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 bl a 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 dag för beslut om likvidation (den 17 oktober 1995).

Den enda försäkringsrörelse Salus Ömsesidig bedrivit är individuell sjukförsäkring och grupp sjukförsäkring. 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 hitills varit dålig på.

Det betyder emellertid inte att produktivitetsmålet 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 välfungerande, 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 korrespondensspalterna 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.