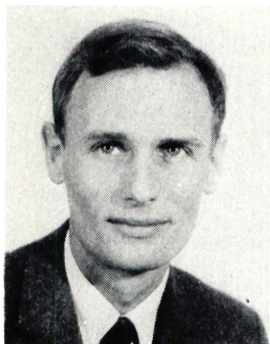


Diagnoser för sjuklighetsstatistik



Jan Thorson

Socialstyrelsens diagnos- och patientstatistik bör kunna utnyttjas för epidemiologiska studier och preventivvårdsplanering. Tyvärr fyller den i nuvarande utformning ej de därvid erforderliga kraven. Den skulle kunna göra det utan särskilt stora reformer — vilket också gäller försäkringskassestatistiken.

Med. lic. Jan Thorson är forskningsassistent vid Medicinska forskningslaboratoriet, Statens trafiksäkerhetsråd.

Sedan 1964 för Medicinalstyrelsen, numera Socialstyrelsen en diagnosstatistik, baserad på utskrivningsmeddelanden från kroppssjukhusen i uppsalaregionen och Malmö stad. Den skall så småningom, eventuellt i landstingens regi, utvidgas till att gälla landets alla kroppssjukhus (Soop 1964, 1968). Till skillnad från den tidigare införda liknande statistiken för psykiatriska kliniker och mentalsjukhus registreras i den förstnämnda även identitetsdata. Inom riks-försäkringsverket har sedan ett par år förts statistik över diagnoser på sjukkort, avseende personer, födda den 15:e varje månad (Riksförsäkringsverket 1966). Genom dessa material finns möjlighet till kontinuerlig beskrivning av landets sjukdomspanorama. Grundläggande för värderingen av informationen är emellertid kännedom om risk- och sjukfallspopulationernas representativiteter, diagnosernas tillförlitlighet samt sjukdomsklassifikationens relevans och användning.

Patienter med sjukdomar utan symptom är av naturliga skäl underrepresenterade i båda materia-

len. Sjukpenningförsäkrade med symptomgivande sjukdomar är representerade i försäkringsstatistiken i förhållande till hur arbetsförmågan påverkats. Ej sjukpenningförsäkrade förekommer, om de har sjukvårdsförsäkring och erhåller slutna vård. Om dessa över huvud taget skall tas med i framtiden beror dock på medicinalstatistikens utveckling (Riksförsäkringsverket 1966). I patientstatistiken för sjukhusen är patienter med akuta symptom och ADL-hinder sannolikt överrepresenterade.

Diagnostiken inom slutna sjukvård är av varierande kvalitet, men diagnoser som ställts i öppen vård är genomgående mindre utförliga och mindre reliabla. Särskilda risker för systematiska fel hos dessa diagnoser föreligger även.

Beträffande sjukdomar som föranlett sjukhusvård föreligger två slag av diagnoser. I sjukjournalerna skrivs den eller de diagnoser, som vid utskrivningstillfället anses ha varit viktigast. De diagnoser, som registreras av försäkringskassorna är däremot oftast intagningsdiagnoser (Smedby m fl 1966) och ger sannolikt en dålig beskrivning

av den sjuklighet, som tar den slutna vården i anspråk.

Medicinalstyrelsens klassifikation av sjukdomar (1965) följer WHO's klassifikation. Diagnosformuleringarna i denna är resultat av kompromisser mellan önskemål från olika länder. Klassifikationen kan därför endast bilda grund för relativt allmänna beskrivningar och analyser. För jämförelser av sjuklighet vid olika tidpunkter finns dessutom svårigheten att diagnoser kan ändras genom WHO's kontinuerliga revision i takt med att nya kunskaper tillkommer. Medicinalstyrelsens klassifikation används generellt på sjukhus men ännu ej helt konsekvent (Smedby 1968a). För läkarintygssjukdomar används ej någon klassifikation generellt.

Huvuddiagnos

Avsikten med beskrivningar av sjuklighet är att skapa underlag för epidemiologisk och annan medicinsk forskning, förebyggande åtgärder och optimal utformning av vårdresurserna. Den information om sjuklighet, som behövs för olika ändamål är emellertid endast delvis överensstämmande. Generellt värdefull basinformation gäller sjukdomars incidens- och prevalenstal, relaterade till geografiska och andra demografiska variabler som kön, ålder och yrke.

För epidemiologisk och annan medicinsk forskning och för preventiva åtgärder behövs i första hand kännedom om diagnoser för grundsjukdomar. För dessa syften bör således huvuddiagnosen spegla grundsjukdomen.

Från sjukhusorganisatorisk synpunkt är diagnoser avseende grundsjukdomar principiellt av mindre intresse. Vårdbehovet förorsakas ofta av en tillstötande komplikation, som medför helt andra sjukvårdskrav än grundsjukdomen — t ex för en diabetiker, som får fotgangrän och tas in på sjukhus, är gangränet vanligen den väsentligaste vårdanledningen och bör anges som huvuddiagnos. Emellertid kan akuta symptom, t ex angina pectoris, röja skilda bakomliggande tillstånd, vilka fordrar olika vårdresurser. Från den synpunkten är det, liksom beträffande preventiva åtgärder intres-

sant också för administrativa syften att grundsjukdom särskilt anges.

I samband med den av Socialstyrelsen på försök bedrivna statistiken över diagnoser från vissa kroppssjukhus har den anvisningen utfärdats, att främsta anledningen till vård är huvuddiagnos och skall anges som första diagnos (Sooop 1964, Smedby m fl 1966, Smedby 1968b). Övriga eventuella diagnoser räknas som bidiagnoser. Inom den slutna kroppssjukvården för övrigt tillämpas inga speciella regler. Den nämnda principen för registrering kan väntas bli allmän i Sverige, när diagnosstatistiken utvidgats till samtliga sjukhus i landet.

För sjukpenningförsäkringen finns regeln, att den direkta anledningen till arbetsförmåga är huvuddiagnos och skall placeras först på läkarintygen. I ett fall av diabetes t ex kan en komplikation som yrsel, huvudvärk, högt blodtryck eller synnedsättning vara relevant huvuddiagnos (Sannefors 1968).

Internationella överenskommelser beträffande innebörden av begreppet huvuddiagnos i morbiditetsstatistik finns ej.

Grundsjukdom contra huvudsaklig vårdanledning

Med tanke på användbarheten av sjukhusens patientstatistik inom epidemiologi, annan medicinsk forskning och som underlag för preventiva åtgärder är det önskvärt att grundsjukdom och huvudsaklig vårdanledning anges separat i journaler och utskrivningsmeddelanden.

Om grundsjukdom och huvudsaklig vårdanledning markeras separat ges möjlighet att registrera sociala skäl till vårdbehov. Uppgifter härom, helst väl differentierade, skulle ha högt värde från socialmedicinsk synpunkt, t ex för kuratorsväsendet, öppen sjukvård och hemvård för gamla och kroniskt sjuka. Bland resultat som illustrerar betydelsen av sociala skäl för sjuklighetsprevalens och sjukhusresursers användning kan nämnas, att åtta procent av dem, som en viss dag vårdades på sjukhus i Göteborg, var inlagda av sociala och ej medicinska skäl. För 22 procent i samma material hade vårdtiden förlängts med mer än ett år på

grund av att enklare vårdmöjligheter ej stod till buds (Larsson 1963).

I fråga om läkarintygsgdiagnoserna är problemet i princip detsamma men i praktiken lättare. När diagnoser föranleder diskussion, vilket oftast gäller långvarigt sjukskrivna, är det grundsjukdomen som intresserar. Några egentliga olägenheter synes därför inte försäkringskassorna åsamkas om den principen införs, att grundsjukdomen och inte främst den direkta men eventuellt ytligare anledningen till arbetsoförmågan skall betecknas som huvuddiagnos. Från arbetsmedicinsk synpunkt vore separata angivelser av grundsjukdom och anledning till arbetsoförmåga den värdefullaste lösningen. Nuvarande förhållande, att diagnoser skrivs ut på de läkarintyg, som patienter får vore önskvärt att förändra. Med separat rapportering av diagnoser kunde risken för systematiska fel minskas.

Differentierade bidiagnoser

Sjukdomar, som förekommer samtidigt med huvudsjukdomen, bör separeras i komplikationer till grundsjukdomen och sjukdomar utan känt samband med denna hellre än att redovisas i klump som "bidiagnoser". Önskemål om att nå analogi med diagnosrubrikerna på dödsbevis kan motivera beteckningen "bidragande" för den senare sjukdomstypen.

Värderingen av sjukdomar som komplikationer och bidragande bör i första hand ske i relation till grundsjukdomen. Detta medför bäst möjligheter till incidens- och prevalensbestämningar, bidrar till nyansering av sjukdomspanoramat och ökar möjligheterna att upptäcka nya sjukdomssyndrom. En liknande differentiering i förhållande till huvudsaklig sjukvårdsanledning och direkt orsak till arbetsoförmåga vore dock värdefull. Av särskilt intresse är sociala skäl som bidragande vårdanledning. Hur skillnader mellan olika diagnoser skall framgå ur sjukjournaler och läkarintyg är en blankeknisk fråga.

Sammanfattning

Modern databehandling möjliggör till rimlig kostnad utnyttjande av uppgifter från sjukhus och för-

säkringskassor för kontinuerliga sjuklighetsbeskrivningar. För att informationen skall bli användbar fordras en relevant och tillämpbar klassifikation. I diagnosstatistiken för kroppssjukhus skall huvuddiagnosen beteckna främsta anledningen till sjukhusvistelse och inom sjukpenningförsäkringen direkta anledningen till arbetsoförmåga. För forskning, förebyggande vård och långsiktig sjukvårdsplanering är emellertid diagnoser för grundsjukdomar av största intresse. Separata angivelser av huvudsaklig vårdanledning och grundsjukdom föreslås. Härigenom vore det också möjligt att ange sociala skäl som huvudsaklig vårdanledning. Motsvarande beträffande arbetsoförmågan i läkarintygsgdiagnoserna bör diskuteras.

I analogi med dödsorsaksskrivandet kan bidiagnoser lämpligen fördelas på två grupper, komplikationer och bidragande sjukdomar. I första hand bör dessa relateras till grundsjukdomen. En liknande differentiering i förhållande till huvudsaklig vårdanledning vore dock värdefull, särskilt beträffande sociala skäl som bidragande vårdanledning.

REFERENSER

- Larsson, S.: Undersökning rörande behov av hem-sjukvård i Göteborg och förekomst på sjukhusavdelningar i Göteborg av patienter, som kan vårdas under andra enklare vårdformer. Stencil. Socialmedicinska institutionen, Universitetet i Göteborg. 1963.
Medicinalstyrelsen: Klassifikation av sjukdomar. Del 1. 1965.
Riksförsäkringsverket: Diagnosstatistik nyhet som kommer från Rfv. Tidskrift för allmän försäkring. Maj 1966.
Sannefors, I., försäkringschef vid Stockholms Allmänna Försäkringskassa. Personligt meddelande 1968.
Smedby, B.: Personligt meddelande. 1968a.
Smedby, B.: Erfarenheter av patientstatistik från kroppssjukhus i Sverige. Ugeskrift for laeger. 130.5.189. 1968b.
Smedby, B., G. Hultgren och Å. Norlander: Synpunkter på sjukdomsklassifikationens användning vid patientstatistik från kroppssjukhus. Stencil. Medicinalstyrelsen 1966.
Soop, E.: Diagnosstatistik på sjukhusen. Svenska Läkartidningen. 61:1811 1964.
Soop, E.: Personligt meddelande. 1968.

Summary

Diagnoses for Morbidity Statistics

By Jan Thorson M D

Swedish Council on Road Safety Research, Laboratory for Traffic Medicine, Stockholm, Sweden.

By modern data processing it is possible to use information from hospitals and the National Health Insurance to obtain continuous descriptions of morbidity. To make this information useful a relevant and applicable classification is required. In an experiment with morbidity statistics concerning in-patients within an area holding about one fifth of the Swedish people, the first or main diagnose shall indicate the main cause of hospitalization. The statistics is run by the National Board of Health. Within the National Health

Insurance the corresponding applies to main causes of occupational disability. For epidemiological research and for preventive measures, however, knowledge about the underlying disease is required. Separate information concerning main reason of hospitalization and underlying disease is suggested. By such a separation social circumstances as main causes of hospitalization also could be described. Concerning occupational disability the corresponding should be discussed.

Analogous to how secondary diagnoses as to cause of death are divided into complications and other significant conditions, contributing to the death, secondary diagnoses, related to the underlying cause of disease, should be divided in the same way in morbidity statistics. A similar differentiation in relation to main cause of hospitalization would be valuable, first as to social circumstances contributing to the hospitalization.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

söker väl kvalificerade administratörer till tjänster som

BITR SJUKHUSINTENDER

vid följande sjukhus:

Sundbybergs sjukhus, ortsg. V
Nynäshamns sjukhus, ortsg. IV
Handens sjukhus, ortsg. IV

att tillträdas den 1/8 1969 eller snarast därefter. Med undantag av Sundbybergs sjukhus, vilket färdigställdes 1968, är sjukhusen under uppförande och beräknas bli färdiga i slutet av året.

Sjukhusen inrymmer vårdplatser för långtidsvård och dagvård, öppenvårdsmottagningar inom olika specialiteter samt lokaler för förebyggande vård, distriktsvård m. m.

Tiden fram till inflyttning i de nya sjukhusen skall blivande befattningshavare tjänstgöra inom annexsjukhusens intrimningsgrupp vid Sundbybergs sjukhus med förberedande administrativa arbetsuppgifter.

Tjänsterna är underställda sjukhusintendenten för annexsjukhusen men blivande befattningshavare kommer att representera sjukhusens lokala administration och skall fullgöra till en intendenttjänst hörande arbetsuppgifter.

Sökande skall ha god teoretisk utbildning med ekonomisk inriktning. Väl vitsordad tidigare praktik från sjukhus kräves.

Under förutsättning av personalnämndens godkännande kommer tjänsterna att placeras i lgr KA 20. Sökande som för högre löneklassplacering önskar tillgodoräkna tidigare tjänstetid, skall ange detta i ansökan. Antagen sökande skall före tillträde avlämna friskintyg enligt fastställt formulär.

Ev. önskemål om bostad anges i ansökan.

Ytterligare upplysningar lämnas av sjukhusintendent Inge Styregård, tfn 08/29 04 30 eller 08/29 41 43.

Ansökan, med angivande av vid vilket sjukhus tjänst sökes ställes till Direktionen för Sundbybergs sjukhus, och insändes till Annexsjukhusens intrimningsgrupp, Järnvägs-gatan 25, 172 37 Sundbyberg, senast den 25/6 1969.