

sjuklön. Enligt sjuklönelagen behöver intyget inte innehålla närmare uppgift om vilken sjukdom arbetstagaren lider av. Kollektivavtal kan dock finnas som gör att uppgift om sjukdomen ska lämnas.

RFV anser att förtroendet mellan läkare och patient är mycket betydelsefullt i en behandlingssituation. Vi tror att förtroendet upprätthålls om läkaren klargör sin roll för patienten när det gäller för-

hållandet till försäkringskassan, dvs att det handlar om att lämna uppgifter till kassan men att det sedan är försäkringskassan som avgör om det blir sjukpenning eller inte. Läkaren ska inte stå till svars för försäkringskassans beslut.

Det läkaren sedan kan göra för att hjälpa sin patient är att noga överväga om sjukskrivning behövs, är lämpligt och den bästa lösningen för patienten. Om det bedöms att patienten inte kan/

bör arbeta underlättar läkaren för sin patient genom att förse försäkringskassan med uppgifterna som efterfrågas i läkarintyget. På så vis får patienten snabbt beslut från försäkringskassan och oro kan undvikas.

**Siwert Gårdestig**  
avdelningschef sjukförmåner,  
Riksförsäkringsverket

## »Do you speak English?« »Nej, jag spikar staket«

|| Jag kan inte låta bli att sända in följande brev och dess översättning som skickats till mig.

Bakgrunden är att jag blev kontaktad av ett engelskt företag som frågade om vi kunde utföra en röntgenundersökning på en av deras »klienter«. Brevet på engelska är synnerligen välformulerat, men uppenbarligen har de använt sig av någon »datoröversättning« som onekligen

ger en del komiska poäng. Icke minst tycker jag att inledningen »Raring, Min herre« som översättning av »Dear Sir« är närmast lysande.

**Peter Aspelin**

professor i medicinsk radiologi,  
röntgenavdelningen, Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge  
peter.aspelin@cfss.ki.se

»Dear Sirs,



### MRI scan Facilities

We write to ask whether your radiology department has facilities to carry out an MRI scan on our client on a private basis. If so, please could you confirm the approximate cost of the scan and the current waiting time for a scan.

Our client is aged 17 and does have behavioural problems. He will therefore need a light anaesthetic in order to have the MRI Scan. He weighs 140kg (22 stone). If you are able to assist, please confirm that your facilities are large enough to accommodate our client. When providing an estimate of the cost of the scan, please also include the cost of the anaesthetic.

If you are not able to assist, it would be most helpful if you could recommend another hospital who may be able to help.

We look forward to hearing from you as soon as possible.

Yours faithfully,«

»Raring Min herre,



### MRI avsökning Facilititer

Vi skriva till fråga huruvida din radiologien avdelning har facilititer till företaget en MRI avsökning på vår klienten på en privat basis. I så tillfälle, behaga kunde du bekräfta den närma seg kostnad om avsökning och den ström väntan time för en avsökning.

Vår klienten är de gamla 17 och gör har uppförande problemen. Han vilja därför behov en ljus bedövningsmedlen för att han den MRI avsökning. Han väga 140kg (22 sten). Om du er duglig till hjälpa, behaga bekräfta så pass din facilititer de/vi/du/ni är tillständig stor till inhysa vår klienten. När skaffande en uppskattning om kostnad om avsökning, behaga också omfatta kostnader om bedövningsmedlen.

Om du er inte duglig till hjälpa, den skulle bli mest hjälpsam om du kunde rekommendera en annan sjukhus vem Maj kunde hjälp.

Vi blick främre till hörseln från du så snart som.

Din troget,«

## Är vi inte alla medarbetare?

|| Så här skriver Henrik Nikka i en vinnande novell i LT 42/2004 (sidorna 3262-3): »Jag avundas inte mina kvinnliga kursare. Genom hela utbildningen har de blivit tagna för undersköterskor och sjuksköterskor och blivit kallade hjärtat och lilla stumpan och gud vet vad. Alltid har de tagit det med jämnmot och aldrig visat något utåt. Mycket beundransvärt.«

Ja, inte sant, beundransvärt! Att ha jämnmot när man blir tagen för undersköterska! Nu är novellens »jag«, en 24-årig AT-läkare, inte påfallande mogen och reflekterande, men författarens distans till honom är inte heller alltför tydlig. Därför kan man inte låta bli att undra om detta är Nikkas egen röst och erfarenhet som talar.

Jag är inte undersköterska. Inte sjuksköterska heller. Jag är den som ser till att undersköterskan och sjuksköterskan och läkaren och alla ni andra kan utföra ert arbete. Jag är den som gör det underbetalda, statusbefriade och trista arbetet som ingen annan vill ha, men som måste göras för att vården ska fungera. Den som ingen räknar med och ingen, inte heller undersköterskan, vill bli förväxlad med. Eller? Är det inte så illa?

Henrik Nikka! Någoting borde väl ingått i din utbildning om människosyn och bemötande. Någonstans borde det väl visa sig, inte bara i patientkontakten utan också gentemot medarbetare. Vil-



### LT Debatt

Skriv kort så publicerar vi ditt inlägg snabbare!  
Bidrag till LT Debatt bör inte vara längre än 800 ord (ca 5 700 tecken).

### LT Korrespondens

Skriv kort så kan vi publicera ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Korrespondens bör inte vara längre än 400 ord (ca 2 700 tecken).

ket vi faktiskt råkar vara, alla vi som befinner oss på samma arbetsplats som du.

Det är sant att pekpinna inte hör hemma i en novell. Men det gör inte en viss typ av raljerande heller.

Daniel Thulins och Helena Gede-

borgs inlägg med kritik av Nikkas novell (LT 47/2004, sidan 3830) börjar bra, men sedan kommer det. Alltså – kvinnliga läkarstudenter blir tagna för undersköterskor osv och bemöter det med jämnmood. »Beklagansvärt«, skriver

Thulin och Gedeborg. Varför skulle det vara beklagansvärt att ta förväxlingen med jämnmood?

**Sara Schwardt**

städerska på Borås lasarett  
s.schwardt@telia.com

## Suck!

|| Jag håller med Daniel Thulin och Helena Gedeborg i deras kritik (LT 47/2004, sidan 3830) mot innehållet i novellen »Första Dagen«. Men jag ser det kanske med litet mer luttrade ögon: »Ja, ja, han ramlar nog oxå ner så småningom och upptäcker att charm (manlig eller kvinnlig) inte räcker långt i aktrummet.«

Jag vänder mej desto mer mot redaktionens svar på denna kritik! Könroller och andra fördomar beror inte på enskilda personers attityder, de är samhällsfenomen. Om det vore så enkelt att det bara gällde enskilda skulle man ju bara kunna prata dessa personer tillräta, eller hur? Då behövdes ingen jämställdhetsminister, inget kvinnoparti och ingen genusforskning.

Humor och ironi kan man visst använda, men då vore det mer effektivt om man bytte kön på personen i berättelsen. Då skulle verkligen ironin komma fram.

Som det ser ut nu är den bara en ledsam bekräftelse på manlig humor när den är som mest plump.

Och redaktionens svar visar att jämställdhetsarbetet har lång väg kvar.

Suck!

**Mia Fahlén**

specialist i kirurgi, kirurgkliniken,  
Centrallasarettet Västerås  
mia.fahlen@tvastmanland.se

**Svar:**

## Läs våra artiklar!

|| Genusperspektivet har återkommande belysts i Läkartidningen de senaste åren. Läs t ex de 17 artiklarna i vår serie Genusperspektiv som publicerades 2000–2001 samt artiklarna »Läkartidningen tycks 'immun' mot köns- och genusdiskussioner« av Maria Norstedt och Karen Davies (LT 23/2003), »Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen« av Katarina Hamberg (LT 49/2003), »Få och spridda genusinslag i Umeås läkarprogram« av Katarina Hamberg (LT 49/2003), »Skilda synsätt på genus betydelse mellan män och kvinnor – och specialitet« av Fredrik Mårtensson (LT 43/2004) och »Saga och utsaga om smärta och genus« av Eva E Johansson (LT 47/2004).

Red

## SBU-replik om salt och högt blodtryck:

### Fler kontrollerade långtidsstudier behövs

|| Replik på professor emeritus Mattias Aurells inlägg »SBU, salt och hypertoni« i LT 49/2004 (sidan 4049).

Som Mattias Aurell mycket riktigt påpekar är huvudbudskapet i avsnittet om saltintag och måttligt förhöjt blodtryck, att det på befolkningsnivå »sannolikt är av godo att begränsa saltintaget« [1]. Denna slutsats baseras på stora kvalitativa studier, som visat att en minskning av saltintaget med ca 6 g dagligen kan sänka blodtrycket 1–5 mm Hg [2–4].

#### Metaanalysen

Den metaanalys i SBU:s granskning som Aurell sedan hänvisar till innefattar interventionsstudier med en duration över 6 månader, och där noteras enbart mindre blodtryckssänkningar kring 1 mm Hg [5]. Att vi refererar enbart till denna enda metaanalys är inte särskilt anmärkningsvärt, då avsikten med avsnittet var att göra en översiktlig presentation av det rådande kunskapsläget inom området. I så måtto skilde sig alltså kapitlet från den övriga granskningen av litteraturen i SBU-rapporten. Vi har genomgående i SBU-rapporten inriktat oss på studier med behandlingstid över 6 månader.

#### Fler långtidsstudier

När Mattias Aurell anser att vi borde ha refererat till en annan metaanalys [6], som gav blodtryckssänkningar i storleksordningen 5 mm Hg, så innefattar denna analys just korttidsstudier med en medianuppföljning på endast 6 veckor hos hypertensiva respektive 4 veckor hos normotensiva. För att kunna dra säkrare slutsatser för saltminskningens betydelse för blodtrycket hos befolkningen behövs sålunda fler kontrollerade långtidsstudier.



FOTO: JAN LIND

Ska vi salta mindre? För att kunna ge ett säkrare svar krävs fler långtidsstudier.

För SBU:s projektgrupp:

**Mats Halldin**

**Paul Hjemdahl**

**Ulf de Faire**

**Lars Hjalmar Lindholm**

**Ola Samuelsson**

#### Referenser

1. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteratursökt. Volym 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering 2004. SBU-rapport 170/1.
2. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Arch Intern Med. 1997;157:657-67.
3. Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: a critical review of current scientific evidence. Hypertension. 2000;35:858-63.
4. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344:3-10.
5. Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Reduced dietary salt for prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD003656. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD003656.
6. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. J Hum Hypertens. 2002;16:761-70.