

sats om eventuellt samband kan jag inte intyga – och gör det inte heller. Istället för att, som faktiskt många läkare gör, skriva: »Pat har pga ett olycksfall 99 haft besvär med smärtor ...» bör läkaren enligt min uppfattning skriva: »Pat uppger att han/hon efter olycksfall 99 har haft besvär med smärtor ...».

Då är saken klar – läkaren har inte intygat något som han inte har kunskap om. Patienten kan då inte säga att »läkaren har ju intygat att det finns ett samband mellan mitt olycksfall och de besvär jag har»!

Om man vill yttra sig i sambandsfrågan kan man göra det avslutningsvis när man väger samman alla sina fynd med de subjektiva besvärerna. Men att använda sådana tvärsäkra formuleringar som »har pga» kan ändå endast användas i undantagsfall.

### Klargör läkares olika roller

Det är tyvärr inte ovanligt att en läkare »förfaller» till formuleringar som han egentligen vid en prövning av bakgrundsfakta inte kan styrka. Detta är ett bekymmer för alla försäkringsinrättningar eftersom behandlande läkares ord – för den försäkrade – är mer värt än sakkunnigläkarens.

Bra vore om den behandlande läkaren försökte klargöra läkarnas olika roller i det fortsatta förloppet av patientens försäkringsärende [1]. Tyvärr kan den behandlande läkaren istället genom inkonsekvenser eller genom egen bristande kunskap invagga patienten i förhoppningar som sedan måste grusas av en seriös aktör inom försäkringsinstansen.

### Inkonsekvenser och bristande kunskap

Jag har färskare exempel både på »inkonsekvenser» och »bristande kunskap» i intyg från behandlande läkare. Inkonsekvensen (osant intygande?) stod i ett invaliditetsintyg häromdagen där läkaren skrev: »... ådrog sig en broskskada inom belastad broskyta på femurkondylen och risken för artros är stor...». I artroskopiberättelsen (skriven av samme läkare) ett år tidigare står det »... broskskadan ligger utanför belastat område på femurkondylen. Artros behöver inte befaras». Om det inte hade varit för slutsatserna om artros så hade man kunnat tro att det var en felskrivning, men nu ...?

Angående »bristande kunskap» så fann jag för ett par veckor sedan följande slutkläm i ett invaliditetsintyg: »ska-

dan värderas till 50% medicinsk invaliditet». Det var ett vanligt invaliditetsintyg och där förväntas inte/bör inte den intygsskrivande läkaren uttala sig om invaliditeten. Den aktuella invaliditeten kan taxeras till högst, ja allra högst 10 procent. Varför då felaktigt intyga något man inte behöver?

Den behandlande läkares patient blev förstas inte bara besviken, utan ifrågasatte hela systemet och kunde naturligen inte förstå den stora skillnaden i de två bedömningarna av den medicinska invaliditeten. Kan det från intygsskrivande läkare ha varit en förväxling mellan medicinsk och ekonomisk invaliditet? Okunnigt och onödigt!

Jörgen Malmquist – har jag uppfattat Ditt ena problem korrekt? Jag hoppas det, och jag menar att det finns så många sakligt korrekta och beskrivande formuleringar som kan användas vid intygsskrivning till gagn för patient/försäkrad. Självkritik och noggrannhet från intygsskrivande läkare behövs i större utsträckning än vad som avspeglas i färskare intyganden.

### Objektiva och subjektiva symtom

Det andra problemet var »subjektiva» symtom. Du vill anse att det bara finns subjektiva symtom och att det därför är fråga om en tautologi. Enligt Medicinsk terminologi [2] och Oxford dictionary [3] finns det vid sjukdom både

objektiva (iakttagbara av utomstående) och subjektiva (iakttagbara bara för den sjuke) symtom. Svenska Akademiens ordlista [4] lämnar oss inte helt i sticket trots att man där inte skiljer på subjektiva och objektiva symtom, men man skriver att symtom är »sjukdomsyttring eller tecken på sjukdom».

Det borde kunna vara både subjektiva och objektiva yttringar? Jag använde begreppen subjektiva symtom och objektiva fynd [1], vilket är något inkonsekvent, men »fynd» tycker jag förstärker beskedet om att det är något som man verkligen iakttagit. Jag har dock förståelse för att det är lättare att tala om fynd när man är ortoped än om man vore psykiater. Det är nog språkligt snyggare att konsekvent använda subjektiva och objektiva symtom?

*Pelle Netz*

docent i ortopedi, sakkunnigläkare, Stocksund

### Referenser

1. Netz P. Försäkringsläkaren tar sitt ansvar. Läkartidningen 2000; 97: 1863-4.
2. Wernstedt W. Medicinsk terminologi. Tredje upplagan. Stockholm: Nordiska Bokhandels Förlag, 1951.
3. Fowler HW, Fowler FG. The Concise Oxford Dictionary of current English. Fifth edition. Oxford: Oxford University Press 1974.
4. Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. Stockholm: Svenska Akademien, 1999.

## Välbehövlig nyansering om Sjukronorsreformen

Tillkomsten och konsekvenserna av Sjukronorsreformen 1970 har diskuterats flitigt men ibland alltför negativt, såsom i Läkartidningen 6/00 (sidorna 621-2 och 625). Det var därför välgörande med den mera nyanserade bedömning som Acek Hallén nyligen gav (15/00, sidorna 1869-70).

De som under senare hälften av 1960-talet arbetade inom kardiologi och toraxkirurgi hade långa arbetsdagar, övervägande i den slutna vården. Det var vanligt med veckoarbetstider på 55-65 timmar, rekordet var 72 timmar.

Reformen medförde i vissa fall att inkomsten steg med 100 procent från 1970 till 1971, med oförändrad arbetsvolym, arbetsgivare och tjänsteställ-

ning – skatten ökade med 133 procent! Så småningom minskade naturligtvis övertiden.

### Fick pengar i kuvert

En kollega på en röntgenklinik berättade att man före reformen regelbundet kallades in till chefen för att ta emot ett kuvert med pengar med en penningssumma, varierande efter tjänsteställning. Det var ett försök att rättvist fördela inkomsterna från den polikliniska verksamheten. Före reformen var det nog unikt med försök till rättvisare fördelning av inkomsterna, inom och mellan olika discipliner.

*Ingemar Cullhed*

docent, Uppsala