

priset för urinketonsticker är 1,50 kronor/styck (Apotekets utförsäljningspris). Årsförbrukningen av blodketonsticker i Sverige uppskattas till cirka 100 000–250 000 sticker, vilket ger en årlig kostnad för vården på cirka 1–5 miljoner kronor (rabatter ges vid upphandlingar). Den förhållandevis låga totalkostnaden ska vägas mot mervärdet av att få ett direktvärde på den viktigaste försurande ketonkroppen 3BHB och en kostnadsbesparing i form av färre sjukhuskontakter och inläggningar på grund av ketoacidosis.

Johan Jendle

docent, överläkare, Endokrin- och diabetescentrum, Centralsjukhuset, Karlstad
johan.jendle@liv.se

Michael Alvarsson

docent, överläkare, kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Ragnar Hanås

docent, överläkare, barn- och ungdomskliniken, NU-sjukvården, Uddevalla

Stig Attvall

docent, överläkare, Diabetescentrum, SU Sahlgrenska, Göteborg

REFERENSER

3. Wolfsdorf J, Craig ME, Daneman D, et al. Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2009;10, Suppl 12:118-33.
5. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diab Care*. 2006;29:2739-48.
8. Hanås R, Lindgren F, Lindblad B. A 2-yr national population study of pediatric ketoacidosis in Sweden: predisposing conditions and insulin pump use. *Pediatr Diabetes*. 2009;10:33-7.
9. Naunheim R, Jang TJ, Banet G, et al. Point of care testing identifies diabetic ketoacidosis at triage. *Acad Emerg Med*. 2006;6:683-5.
11. Yu HY, Agus M, Kellogg MD. Clinical utility of Abbott Precision Xceed Pro(R) ketone meter in diabetic patients. *Pediatr Diabetes*. 2011;12:649-55.

Om seniora läkares användbarhet i klinisk verksamhet och forskning

■ I LT 41/2012 (sidorna 1836-7) skrev Ingvar Gustafson under rubriken »Är en äldre läkare äldre eller yngre än en gammal läkare?« med utgångspunkt från SÄL-perspektiv. Jag vill vidga perspektivet till seniora läkare anknutna till universitetskliniker. Synen på den kliniskt verksamma läkares arbete efter »pensionsåldern« har förvisso ändrats sedan 2000-talets början, men åsikter om flexibilitet saknas.

Man ser mer till ålderssiffran än till hur individen mår och vederbörandes arbetsförmåga. Detta gäller också den kliniskt verksamma forskaren. Jag har länge hållit på med klinisk forskning och har varit forskningshandledare. Huvudhandledare var jag även efter pensioneringen, eftersom forskningen påbörjats dessförinnan.

När jag för några år sedan entusiasmerade en ny doktorand visade sig bestämmelserna vara sådana att jag dels skulle gå en handledarkurs, dels inte kunde vara huvudhandledare. Det sistnämnda

är naturligtvis en paradox ur min synvinkel, eftersom jag tidigare haft doktorander, hade initierat själva avhandlingsarbetet och dessutom hade gedigna kunskaper i ämnesområdet. Detta borde tas upp till diskussion och regelverket ändras. Låt vara att en individuell prövning kan vara nödvändig.

Omvärlden ställer oftast

frågan: Hur gammal är du? I stället borde man fråga: Hur är du som gammal?

Jag fick nyligen förfrågan om att vara konsultläkare på annan ort i Sverige där man hade svårigheter med bemaningen på en avdelning för barnhabilitering, och jag hade fått goda vitsord. Emellertid godkändes jag inte av landstinget på grund av min ålder.

Den kliniska verksamheten har blivit allt tyngre, vilket medfört att yngre kolleger belastats i rutinverksamheten så mycket att tid för forskning inte fått adekvat utrymme trots att externa forskningsmedel stått till förfogande.

En senior kollega i kliniken skulle på ett rationellt sätt

kunna avlasta yngre kolleger så att de kan få tid för forskning. Dessutom är ju syftet med att engagera seniora kollegor att vederbörande ska bidra till och förhoppningsvis förbättra verksamheten genom sin erfarenhet, men även fungera som mentorer för yngre kollegor under utbildning. Som Ingvar Gustafson nämner i sin artikel kostar en pensionerad läkare samhället endast cirka 10 procent i sociala avgifter mot 30 procent för en läkare i full verksamhet. Varför kan man inte få verka och vidareutvecklas även som »gammal«?

Orvar Eeg-Olofsson

senior barnneurolog, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
orvar.eeg-olofsson@kbh.uu.se



Hur är du som gammal?



Om att välja bort både smör och standardmjölk

■ Jag väljer bort smör inte bara för att det innehåller dubbelt så många kalorier, fem gånger mer transfett och 3–7 gånger mer mättat fett än lättmargarin. Smör innehåller dessutom tolv gånger mindre mängd D-vitamin än margarin och Bregott. Ännu värre är det kanske att den 3-procentiga mjölken inte innehåller D-vitamin.

Den berikas inte, som lätt-, mellan- och minimjölk.

Under vinterhalvåret här i Norden bildas inte D-vitamin i kroppen (förutom vid en even-

tuell solsemester). Fet fisk är den absolut rikaste källan till D-vitamin, men berikad mjölk, naturell lätt- och mellanfil, margarin (även flytande) och Bregott ger också tillskott. Ägg och kyckling ger också D-vitamin, men för övrigt är det dåligt med D-vitamin i livsmedel.

Under vintern är det

därför svårt att nå upp till rekommenderat D-vitaminintag, ännu svårare är det om man väljer smör och 3-procentiga mejerivaror. Frukttyoghurt brukar inte heller

ge något D-vitamin, och inte heller olika sorters olja.

De tillsatser som finns i lättmargarin skulle kanske också kunna kallas naturliga? De finns ju i naturen. För övrigt kan man inte sätta likhetstecken mellan »naturligt« och »nyttigt«. Flugsvamp är naturligt, men inte nyttigt, och därför äter vi inte flugsvamp. Linfrö innehåller det naturliga giftet vätecyanid. Max 1–2 matskedar råa linfrön per dag rekommenderas, helst hela frön.

Ylva Gefvert

leg dietist, Skövde
ylva.gefvert@vgregion.se



Foto: Tomas Södergren /Svensk Mjölk
Grönt ljus för lättmjölk.

LÄS MER Fullständig referenslista Lakartidningen.se