

specificitet hos äldre kvinnor än Pap-test. I Figur 1 redovisas det schema för primärs-

»Att HPV-test har betydligt högre sensitivitet (känslighet) i jämförelse med Pap-test är sedan många år vetenskapligt väl dokumenterat.«

creening med HPV-test hos kvinnor i åldern 50–60 som styrgruppen för den gynekologiska hälsokontrollen i Uppsala län har beslutat att tillämpa tills vidare, samtidigt som Pap-testning upphör i den åldersgruppen.

Det övergripande målet med byte av screeningmetod är att kraftigt minska dödligheten i livmoderhalscancer hos äldre kvinnor i länet. Förändringen är helt i enlighet med Socialdepartementets nyligen presenterade strategi, där förebyggande av cancer har hög prioritet [16].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Bergström R, Sparén P, Adami HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. Br J Cancer. 1999;81:159-66.
- Gustafsson L, Sparén P, Gustafsson M, et al. Low efficiency of cytologic screening for cancer in situ of the cervix in older women. Int J Cancer. 1995;63:804-9.
- Castle PE, Rodriguez AC, Burk RD, et al. Short term persistence of human papilloma virus and risk of cervical precancer and cancer: population based cohort study. BMJ. 2009;339:b2569.
- Gyllensten U, Gustavsson I, Lindell M, et al. Primary high-risk HPV screening for cervical cancer in post-menopausal women. Gynecol Oncol. 2012;125(2):343-5.
- Gyllensten U, Sanner K, Gustavsson I, et al. Short-time repeat high-risk HPV testing by self-sampling for screening of cervical cancer. Br J Cancer. 2011;105:694-7.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Kartläggning av svåra skador i Sverige

■ Som komplettering till Läkartidningens tema om trauma i 7/2013 kan påpekas att Sverige saknar nationell statistik över förekomst av och behandlingsresultat vid svåra skador orsakade av yttre våld. Patientregistret registrerar årligen drygt 100 000 vårdtillfällen på grund av trauma (»S-diagnos«), men ICD-diagnoserna medger inte gradering av skadornas allvarlighetsgrad.

Sedan sommaren 2011 finns dock ett nationellt kvalitetsregister för trauma – SweTrau. Majoriteten av akutsjukhusen har anmält sig som deltagare, och ett drygt tiotal är i gång med registreringen. Hittills har cirka 5 000 fall registrerats, ungefär lika många från länssjukhus som från regionssjukhus.

I SweTrau klassificeras skadorna enligt AIS/ISS-systemet, där ISS över 15 innebär svår skada med risk för mor-

TABELL I. Fördelning av patienter enligt skadegrad per typ av sjukhus (procent). SweTrau den 10 februari 2013.

ISS	Region-sjukhus	Läns-sjukhus
0-8	54	81
9-15	21	12
16-24	12	4
>24	13	3

talitet utöver enstaka procent. Sådana fall utgör 22 procent av de hittills registrerade. Tabell I visar fördelningen av skadegrad per typ av sjukhus; andelen svårt skadade är högre vid regionssjukhusen. Mortaliteten med hänsyn tagen till skadegrad skiljer sig inte statistiskt mellan läns- och regionsjukhus, men antalet fall är ännu be-

gränsat. Motsvarande data från National Trauma Data Bank i USA visar liknande värden (Tabell II).

När de flesta akutsjukhusen kommit igång med registreringen ska det bli intressant att se om vi har några väsentliga skillnader i behandlingsresultaten. Det kan bli en viktig del i underlaget för den sannolikt kommande nationella översynen av traumavården i landet.

För styrgruppen i SweTrau – Svenska Traumaregistrat

Thomas Troëng
Registercentrum Syd
– Karlskrona/EyeNet
thomas.troeng@ltblekinge.se

TABELL II. Mortalitet per sjukhustyp efter skadegrad (procent). Jämförelse med traumaregistrat NTDB i USA 2011.

ISS	Regionsjukhus	Länssjukhus	NTDB
0-8	0,5	0,4	0,7
9-15	3,1	3,8	1,9
16-24	5,3	6,5	4,8
>24	26,1	34,3	27,6

Hur meddela svåra besked? Låt patienten själv bestämma

■ Sune Överhagen och Gunnar Birgegård har i Läkartidningen ondgjort sig över telefonbesked vid allvarlig sjukdom (LT 3/2013, sidan 69, respektive 8/2013, sidorna 422-3). De utgår från att telefonbesked är förkastliga, och Sune Överhagen ger några skräckexempel där besked givits i olämpliga situationer och varit oväntade.

Vad de inte tar upp är vad patienten önskar. Min erfarenhet är att telefonbesked fungerar bra om beskedet vävs in i ett totalt omhändertagande, och att många patienter väljer telefonbesked om de

- är förberedda på att det kan vara en allvarlig sjukdom
- vet tidpunkten för samtalet
- får en tid till mottagningen kort efter telefonsamtalet.

Tiderna förändras, framför allt vårt sätt att kommunicera. I Uppsala län kan patienterna från och med oktober 2012 själva gå in och läsa sina provsvar, till och med innan ansvarig klinisk läkare signerat svar. Förändringen har skett efter önskemål från patientföreningar och politiker. En ny möjlighet har uppkommit genom att patienten kan kontakta doktorn om provresultatet visar allvarlig sjukdom.

Att gå omvägen över att »ovetande« personal ska ringa upp och ge mottagningstid, som Birgegård föreslår, tycker jag ofta är olämpligt. De flesta arbetar i team, och då finns ingen ovetande personal. Ett annat motargument är patienten förstår att något är mycket allvarligt, speciellt om man rekommenderar att anhöriga ska närvara vid



Foto: Colourbox

»Många kommer att välja telefon eller att själva läsa via datorn.«

mottagningsbesöket; det kan skapa större oro än ett besked. Att personal lätsas vara ovetande, som förekommer, är mycket frustrerande när personalen inte kan svara på patientens oroliga frågor.

Det är inte läkaren som ska styra hur besked ska ges utan patienten. Många kommer att välja telefon eller att själva läsa via datorn. Nya prospektiva studier behövs om hur patienter får och hanterar svåra besked i modern tid.

Hans Hagberg
docent, överläkare,
onkologkliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
hans.e.hagberg@telia.com