

R. Rosenqvist svarer:

Jeg fastholder at jeg synes det å bruke uttrykket «villede retten» er «noe sterkt» fordi det av mange vil oppfattes som en viljeshandling. Poenget med min opprinnelige kronikk var at sakkyndige må dokumentere hvorledes det faglige skjønn er fremkommet, og at de vil måtte oppleve at deres faglige skjønn blir diskutert og overprøvd. Enten fordi faget utvikler seg, eller fordi andre har andre oppfatninger om de medisinske sammenhenger og sannsynligheter.

Sakkyndigvurderingene i Torgersen-saken var ikke dokumentert og begrunnet på det vis jeg mener er ønskelig, men sannsynligvis ikke dårligere enn mange andre sakkyndigvurderinger på den tid. Jeg håper vi har en mer transparent sakkyndighet i dag.

Randi Rosenqvist
Oslo

Karbohydratfattig kosthold må anbefales

Kåre I. Birkeland hevder i Tidsskriftet nr. 8/2008 at økt inntak av mettet fett er forbundet med økt LDL-kolesterolnivå og at karbohydratrike matvarer er våre viktigste kilder til en rekke vitaminer, mineraler og antioksidanter (1). Til dette ønsker vi å innvende: Lavkarbohydratkosthold er den eldste ernæringsformen Homo sapiens sapiens kjenner. Dette er kostholdet vår art har spist i nesten to millioner år og det vi sannsynligvis er best genetisk og biokjemisk tilpasset til. Korn ble først introdusert som mat da jordbruksrevolusjonen startet for ca. 10 000 år siden (2).

Ingen planter inneholder så mye mikronæringsstoffer som f.eks. egg, lever og annen innmat. Korn og kornvarer mangler vitamin A, vitamin D, arakidonsyre, dokosaheksaensyre (DHA), eikosapentaensyre (EPA) og vitamin C og har dårligere proteinkvalitet enn animalia (2). Innholdet av jern, sink, kobber og selen er også høyere i animalske produkter og har bedre biotilgjengelighet. Fytiner i korn hemmer mineralopptaket fra grove kornprodukter, som har høy glykemisk indeks grunnet 55–70 % innhold av stivelse, som spaltes i tarmen til glukose. Diabetikere bør derfor være måteholdne med brød og kornmat (3, 4).

«Risikofaktorer» for hjerte- og kar-sykdom er under debatt. Inntak av mettet fett på bekostning av sukker øker ikke nødvendigvis kolesterolnivået (5), og verken kolesterol – uansett hvilket lipoprotein de fraktes med – eller mettet fett forårsaker arteriosklerose eller hjerteinfarkt. Studier viser at mettet fett beskytter mot hjerteinfarkt (6).

Skriftlige observasjoner av hvordan fedme og overvekt står i forbindelse med karbohydratrike matvarer begynte i 1825. Litteraturen som beskriver kliniske resultater og forskning med lavkarbokosthold, inkludert kosthold med mye fett, er omfattende. Vi vet i dag nok til å anbefale diabetikere et kosthold med lite karbohydrater og mer fett og protein. De kliniske resultatene er entydig i favør av et slikt råd (3, 4).

Dag Viljen Poleszynski
Mat&Helse

Iver Mysterud
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Birkeland KI. Vektreduksjon og diabetes – mer lærdom å hente. Tilsvar. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 944.
2. Cordain L. Cereal grains: humanity's double-edged sword. World Rev Nutr Diet 1999; 84: 19–73.
3. Hexeberg S, Lindberg FA. Kvinnelig insulinbruker med diabetes type 2 og vektproblemer. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 443–5.
4. Accurso A, Bernstein RK, Dahlqvist A et al. Dietary carbohydrate restriction in type 2 diabetes mellitus and metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Nutr Metab (Lond) 2008; 5: 9. doi: 10.1186/1743-7075-5-9.
5. Newbold HL. Reducing serum cholesterol level with a diet high in animal fat. South Med J 1988; 81: 61–3.
6. Biong AS, Rebnord HN, Fimreite RL et al. Intake of dairy fat and dairy products, and risk of myocardial infarction: a case-control study. Int J Food Scie 2008; 59: 155–65.

Magnussen-utvalget – feil konklusjon fra Legeforeningen

Legeforeningen avga 31.3. 2008 en høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet om NOU 2008: 2 fra Magnussen-utvalget, som har vurdert fordelingen av inntekter mellom landets regionale helseforetak (1, 2). Utvalget påviste, enda en gang, at det foreligger betydelige skjevheter i rammevilkårene. Det bredt sammensatte utvalget nådde frem til en omforent analyse av de faktorer i samfunnet som faktisk bestemmer behovet for tjenester, og uttrykte dette i et sett kostnadsnøkler (alderssammensetning mv.). Legeforeningen anser denne analysen for i all hovedsak relevant (2, 3).

Betydelig skjevfordeling er også påvist tidligere, av Hagen-utvalget i 2003 (4). Analysen er nå videreført, korrigert og presisert på en rekke punkter, og bekrefter at det foreligger en betydelig underfinansiering av Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det nye er at også Helse Nord er betydelig underfinansiert pga. store kostnader ved de prehospitaltjenestene.

Basert på årets budsjettammer har Magnussen-utvalget beregnet at basistilskuddet til de regionale helseforetakene i Vest, Midt-Norge og Nord mangler henholdsvis 246, 324 og 211 millioner kroner.

Summen av dette, 781 millioner kroner, har tilfalt Helse Sør-Øst. Dette er ikke småting. Og slik har det i virkeligheten vært i årevis. Det er naivt å tro at dette ikke har – og lenge har hatt – betydning for virksomheten og tjenestene som kan ytes til befolkningen i dette land så vel som for arbeidsvilkårene for leger.

Hvilken konklusjon trekker så Legeforeningen av dette? Jo, man mener at det må ytterligere utredninger til – om bl.a. universitetsfunksjonene, forskning, utdanning og primærhelsetjenesten – slik at ikke det ikke oppstår nye, utilsiktede vriddnings-effekter. «Legeforeningen mener derfor at implementering av et nytt system må avventes inntil slike utredninger er gjennomført.»

Dette er fullstendig feil konklusjon. Når det i lange tider har foreligget så store skjevheter, er den eneste ansvarlige konklusjon å trekke at disse skjevhetene må rettes opp *straks*. Det dreier seg rett og slett om et rettferdighetskrav som Legeforeningen må fremme – dersom den ønsker å representere alle sine medlemmer.

Det er greit at et og annet gjenstår å utrede, men her må ikke det perfekte bli det godes fiende. Mulige ufullkommenheter kan på ingen måte være til hinder for å foreta det hovedgrepet som er uomgjengelig, nemlig at Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord må gis større stigningstakt i budsjettutviklingen enn Helse Sør-Øst vil få i tiden fremover. Å avvente noe som helst nå er å betrakte som unna-manøver og er fullstendig uakseptabelt.

Jon Lekven
Bergen

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. NOU 2008: 2.
2. Høringsuttalelse fra Legeforeningen. www.legeforeningen.no under Organisasjon og politikk/Høringer.
3. Nissen-Meyer M. Ny inntektsfordeling til RHF-ene. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 963.
4. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1.

Presidenten svarer:

Vi takker Jon Lekven for engasjement i en viktig sak. Det er behov for debatt om riktig bruk av ressurser innen helsetjenesten. Det gjelder debatter om fordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, prioriteringsdebatter – og debatter om fordeling mellom helseregionene.

Legeforeningen ser at det er behov for å presisere høringsuttalelsen om Magnussen-utvalgets utredning. Det har vi fått flere tilbakemeldinger på og er glad for forhåpentligvis å kunne klargjøre hørings-svaret. Høringsuttalelsen er, i tråd med hvordan høringsarbeid gjennomføres i Legeforeningen, skrevet på bakgrunn av

høringssvar innkommet fra foreningens forskjellige avdelinger og en sluttbehandling i sentralstyret.

Et viktig budskap er at Legeforeningen støtter en omfordeling av basisbevilgningen i tråd med Magnussen-utvalgets utredning. Noen temaer må likevel utredes mer – slik det også uttrykkes i utvalgets rapport. Dette betyr ikke at Legeforeningen mener man skal vente på en ny offentlig utredning. De kunnskapshullene som utvalget selv påpeker, må det jobbes videre med frem til iverksetting av modellen. Dette gjelder innarbeiding av viktige områder som forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre. Disse må ses i forhold til inntektsfordelingssystemet og finansierungsordningene for sykehus. Legeforeningen vil sterkt oppfordre til at det arbeidet settes i gang straks.

Omfordelingen av midler bør fortrinnsvis skje gjennom fordeling av fremtidige økte inntekter. Det vil si at inntektene til Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest må økes, men uten nødvendigvis umiddelbart å kutte tilsvarende til Helse Sør-Øst – og vi må se på behovet for omfordeling. Omfordeling og omstilling bør skje over noe tid.

Torunn Janbu
Legeforeningen

Menneskeskapt oppvarming – vær beredt

Gunnar Saunes har i to innlegg (1, 2) gitt uttrykk for sterk skepsis til FNs klimarapport (IPCC). Han mener blant annet at IPCC gir en uriktig fremstilling av klodens CO₂-omsetning og at CO₂-utslipp fra bruk av kull, olje og gass spiller liten rolle for klimaet. I henhold til Saunes kom global temperaturøkning først, deretter økning i CO₂ (2).

Dette har han nok noe rett i: Økt solaktivitet fører til oppvarming av havvann, og derved frigjøres CO₂. Redusert solaktivitet og global avkjøling fører til det motsatte. Dette understøttes av målinger som gjenspeiler forholdene omkring «den lille istid» for omkring 400 år siden (3). Men Peter Cox, kjent klimaforsker og sentral person i de nevnte analyser (3), påpeker i et intervju i *New Scientist* (4) at dette ikke er snakk om enveiseffekter: Oppvarming av hav fører til frigjøring av CO₂ til luft, som igjen fører til økt oppvarming. Det er altså snakk om forsterkningseffekter som gjelder både oppvarming og avkjøling. Cox mener derfor det er sannsynlig at IPCCs klimamodeller ikke går langt nok i sine prognoser om global oppvarming. CO₂ i havvann har økt de senere år, ikke gått ned, slik man skulle vente hvis økt solaktivitet var hovedårsak til de klimaforandringene vi ser i dag.

Klimamodeller er usikre, fordi en lang rekke faktorer spiller inn med feedback-

mekanismer etc. Det er derfor god grunn til å se på FNs klimarapport med kritiske øyne. Men da må man også være åpen for at IPCC kan ta feil begge veier. Selv om en del forskere sier IPCC overdriver, har andre sterke argumenter for at rapporten er for svak.

Etter mitt syn må man erkjenne at en global oppvarming er i gang og at menneskelig aktivitet bidrar i vesentlig grad. De negative konsekvensene kan bli store. Derfor er det om å gjøre å bremse utviklingen så godt som råd er, og det er viktig at vi er forberedt på eventuelle fremtidsscenarioer. Dette gjelder også legene. Både *BMJ* og *The Lancet* har publisert artikler om klimaspørsmål de siste par år. *BMJ* startet i 2006 et «Climate and Health Council» for å engasjere leger fra hele verden i å skape en opinion overfor FNs klimamøte i København i 2009 (5). I Sverige har Läkärförbundet sluttet seg til dette initiativet (5). Kanskje noe for Legeforeningen?

Helge Dyre Meen
Hakadal

Litteratur

1. Saunes G. Menneskeskapt oppvarming? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 474.
2. Saunes G. Menneskeskapt oppvarming? Sannsynligvis! Tilsvar. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 947.
3. Sheffer M, Brovkin V, Cox PM. Positive feedback between global warming and atmospheric CO₂ concentration inferred from past climate change. *Geophysical Research Letters* 2006; 33: L10702.
4. Rising temperatures bring their own CO₂. *New Scientist* 22.3. 2008: 11.
5. Ohlin E. Klimathotet: Aktörer i klimatfrogn; Läkärförbundet går med i klimatråd. *Läkartidningen* 2008; 105: 1076–81.

G. Saunes svarer:

Høgare innhold av CO₂ påverkar ikkje absorpsjonen av varmestrålinga nemneverdig. Med normalt CO₂-innhold er det nok med eit luftlag på 10 m for å filtrere så godt som all varmestråling frå jorda i frekvensfeltet til CO₂. Effekten av CO₂ minskar logaritmisk med aukande konsentrasjon. Naturen står for 96 % av CO₂-omsetninga, brenning av kol, olje og gass for 4 % – og dermed for om lag ein promille av drivhuseffekten (1). Er det ut frå dette sannsynleg at meir CO₂ i lufta gir global oppvarming?

I desse dagar har vitenskapsmenn frå IPCC oppdaga det som andre vitenskapsmenn har påpeika ei stund no: Det er slutt på den globale oppvarminga. Målingar syner ingen auke av overflatetemperaturen sidan 1998; siste året er det faktisk ein liten nedgang. Denne utflatinga av temperaturen har skjedd trass i ein CO₂-auke i atmosfæren på 4 % (2). IPCC snakkar difor mindre om global oppvarming, no heiter det klimaendring. Istadenfor å vedgå at dei har teke feil, at CO₂ frå menneskeleg aktivitet ikkje er årsak til global oppvarming, er dei no i gong med å køyre nye program på datamaskinane for å bortforklare flausa. Før-

bels har dei konkludert med at den globale oppvarminga berre er utsett – til 2015 – eller seinare. Frå då vert det varmare att. Ja, kanskje vert det det. Vi får leve i vona, for historisk sett har kuldeperiodar på kloden medført mykje liing og død, medan livsformer og kultur har blomstra i dei varme periodane. Ingen må likevel tru at kampen hermed er slutt. Med 5 milliardar dollar per år i ekstraløyvingar til klimaforskning på verdsbasis dei siste ti åra, har CO₂-tilhengjarane all den motivasjon dei treng (3).

Gunnar Saunes
Ulsteinvik

Litteratur

1. Engene P, Tullberg G. Klimaet. Vitskap og politikk. Oslo: Datakon forlag, 2007.
2. Carter B. High price for load of hot air. www.news.com.au/couriermail/story/0,23739,21920043-27197,00.html [24.5.2008].
3. The Middlebury Community Network www.middlebury.net/op-ed/global-warming-01.html [24.5.2008].

Delte meninger om legemidler ved ryggsmarter

I *Tidsskriftet* nr. 7/2008 refererer Erlend Hem (1), med bakgrunn i retningslinjer fra et ekspertpanel oppnevnt av American Pain Society og American College of Physicians (2), at «en rekke legemidler har god effekt ved korsryggssmerter». Mer spesifikt hevdet det at «det var god dokumentasjon for ikke-steroide antiinflammatoriske midler, paracetamol og muskelrelaksantia ved akutte korsryggssmerter, mens det samme var tilfellet for trisykliske antidepressiver ved kroniske korsryggssmerter» (1).

For paracetamol medfører dette ikke riktighet. På bakgrunn av vår nettkommentar til de amerikanske retningslinjene i *Annals of Internal Medicine* (3) er evidensgraden for paracetamol nå blitt redusert fra «good» til «fair» i et påfølgende erratum fra de amerikanske forfatterne (4).

Ellers er det etter vårt syn høyst usikkert hvorvidt NSAID-preparater, muskelrelaksantia og trisykliske antidepressiver har «god effekt» ved uspesifikke korsryggssmerter. Studier viser at disse medikamentene i beste fall har beskjedne effekter, av tvilsom klinisk relevans, men de har bivirkninger som kan overskygge eventuelle positive effekter. Etter vår mening er medikamentanbefalingene i amerikanske (2) og norske (5) retningslinjer ikke understøttet av tilfredsstillende vitenskapelig dokumentasjon.

Jan M. Bjordal
Høyskolen i Bergen

Atle Klovning
Universitetet i Oslo

Lars Slørdal
Norge teknisk-naturvitenskapelige universitet