

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 prehospitale tjenestene.

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