

oppfordrer nå professor Göran Berglund og medarbeidere ved Lunds universitet den svenske Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) og Sosialstyrelsen om å oppnevne en komité som skal gjennomgå det vitenskapelige grunnlaget for gjeldende ernæringsanbefalinger som sikter mot primær forebygging av hjerte- og karsykdom (5).

I samme utgave av *Läkartidningen* (5) kommenterer representanter for det svenske Livsmedelverket Berglund og medarbeideres artikkel. De uttaler at nye studier viser at sambandet mellom fettinntak, inntak av ulike fettsyrer og hjerte- og karsykdom er mer kompleks enn tidligere studier har påvist. De lykkes ikke i å imøtegå argumentene til Berglund og medarbeidere. Det synes som om den internasjonale konsensus – med anbefaling om reduksjon i fettmengde og andel mettet fett i kosten – hovedsakelig bygger på politiske overveielser og ikke har noen egentlig vitenskapelig evidens.

**Fedon Alexander Lindberg**  
Dr. Lindbergs Klinik

**Paal Røiri**  
Oslo

#### Litteratur

1. Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EI et al. Dietary fat and risk of coronary heart disease in men: cohort follow up study in the United States. *BMJ* 1996; 313: 84–90.
2. Oh K, Hu FB, Manson JE et al. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of the Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 672–9.
3. Leósdóttir M, Nilsson PM, Nilsson JA et al. Dietary fat intake and early mortality patterns – data from the Malmö Diet and Cancer Study. *J Intern Med* 2005; 258: 153–65.
4. Howard BV, van Horn L, Hsia J et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2006; 295: 655–6.
5. Berglund G, Nilsson PM, Leósdóttir M. Fettintag och kardiovaskulär hälsa – är vi helt felinformerade? *Läkartidningen* 2007; 104: 3780–4.

## Sykehjem og medisinsk behandling

Jeg har med interesse lest Garåsen og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr. 3/2008, der de sammenliknet kostnader ved etterbehandling i en styrket sykehjemsavdeling, en såkalt intermediæravdeling, med fortsatt opphold i sykehuset (1). Det ble betydelig billigere med opphold i intermediæravdeling, først og fremst fordi det ble færre reinnleggelser og lavere kostnader per behandlingsdag. God kommunikasjon og godt samarbeid mellom sykehus og intermediæravdeling, med kommunens helse- og omsorgstjeneste og pasientens pårørende var også svært viktig.

Jeg har tidligere i Tidsskriftet beskrevet det traume det er, både fysisk og psykisk, for mange gamle å komme på sykehus, med

forvirringssituasjoner som mulig resultat (2). Derfor bør sykehusinnleggelser av eldre begrenses mest mulig. Flytting til såkalt intermediæravdeling er også uheldig. Hvis man ved sykehjemmene kunne gi intra-venøs behandling, ville bare det kunne begrense antall sykehusinnleggelser betydelig. Derfor er det nødvendig med en opprustning av sykehjemmene – både når det gjelder undersøkelsesrom og diagnostisk og terapeutisk apparatur og utstyr. Det trengs også tilstrekkelig og godt nok kvalifisert medisinsk personell, først og fremst leger og sykepleiere, og det må fastsettes nasjonale normtall for deknningen. Og så må man satse på rehabilitering. Dersom en slik opprustning ble gjennomført, kunne svært mange sykehusinnleggelser unngås. Det ville være meget gunstig for de gamle, og samfunnsøkonomisk er det selvfølgelig den suverent rimeligste løsningen.

I sykehusene er det i dag én lege på to pasienter, i sykehjemmene én på 160. Pasientene i sykehjem har 5–7 diagnoser hver, og sykdomsbildet hos eldre er komplisert. De medisinske problemene hos sykehjemspasientene er således antakelig større enn sykehuspasientenes. Det er skandaløst at dette ikke erkjennes og blir gjort noe med. De som er i sykehjem, trenger minst like god og kvalifisert medisinsk service som pasienter i sykehus, men får det ikke i det hele tatt!

Legetjenester er meget viktig, og det trengs geriatriisk ekspertise i sykehjemmene. Hvordan få legene interessert? I dag er fastlegene pålagt tjeneste som tilsynslege i sykehjemmene, men denne pliktmessige tjenesten fungerer ikke og bør opphøre. Det bør bli fri lønnsfastsettelse, noe som vel vil bety bedre betaling og dermed bedre søkning. Sykehjemslegene får i dag 30 % mindre i lønn enn sykehuslegene. Legeforeningens gjennombruddsprosjekt for sykehjem kan være et meget nyttig tiltak. Sykehuset Innlandet Lillehammer og Lillehammer kommune har satt i gang et prosjekt for å bygge kompetanse. Sykehuset vil etter hvert gi et lavterskeltilbud til alle kommunene – senger vil være tilgjengelig for korte opphold til utredning av uklare tilstander hos eldre. Jeg håper Legeforeningen kan ta bedre tak i de *fundamentale* problemene jeg har skissert her. Våre dårligste gamle lever under urimelig elendige forhold i dagens Velstands-Norge.

**Lars Helling**  
Lillehammer

#### Litteratur

1. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R et al. Eldre pasienter i sykehus eller i intermediæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 283–5.
2. Helling L. Sykehjem som behandlingstilstand. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2277.

## For høye priser for spesialistannonser

Prisene for spesialistannonse har økt ekstremt mye i år. For mitt vedkommende med 122 % – prisen er altså mer enn fordoblet. For denne økte prisen er det eneste nye Tidsskriftet tilbyr for å sikre pillen «fargetrykk».

Prisene økte for omtrent ett år siden også, men ble den gang noe moderert i etterkant. Den pris som nå ønskes er helt klart en «markedspris». Med tanke på hvorledes private spesialister presses fra alle kanter når det gjelder pris og ytelse ville jeg foreslå at akkurat spesialistannonse ble prissatt nærmere produksjonsprisen. For en løpende annonsemasse uten vesentlige endringer i layout over året er spesialistannonser billigere å produsere enn Tidsskriftets vanlige annonser.

**Hans Haugen**  
Oslo

#### Redaktøren svarer:

Det er riktig at prisen på spesialistannonse har økt de siste årene, men prisen er fortsatt lavere enn f.eks. stillingsannonser. I tillegg til annonsering i Tidsskriftet inkluderer prisen annonsering på nettsidene. Nettsiden med spesialistannonser var en av de mest besøkte i februar 2008, noe som gir annonsørene god eksponering.

**Charlotte Haug**  
Tidsskriftet

## Private matlagre som katastrofeberedskap

Verdens helseorganisasjon (WHO) har konkludert med at en høyvirulent influensapandemi er en reell risiko (1). Vi har nylig publisert en artikkel om privat matlagring som buffer for krisesituasjoner (2). En metode for å unngå å bli smittet ved en aggressiv pandemi er isolasjon i små familieggrupper og unngåelse av sosial kontakt. En slik isolasjon forutsetter at man har lagret mat i tilstrekkelig mengde, med ernæringsmessig god nok kvalitet til at næringsstoffbehovet er dekket.

Matlagrene i butikkene er ikke store, og ved en krise kan mathyllene tømmes raskt. Matlagring er et nasjonalt ansvar, men i Norge har de fleste både plass og økonomi til å ha et visst matlager som kan fungere som beredskap inntil myndighetene har igangsatt tiltak og eventuell vaksine er tilgjengelig. Ved å bruke kostberegningsprogrammet *Mat på data* kan man beregne næringsstoffinnholdet i matvarer. I tillegg inneholder dataprogrammet informasjon om det daglige anbefalte inntak av de ulike

næringsstoffene (3). Programmet kan lastes ned gratis fra Matportalens nettsted (4).

Ut fra programmet kan man komponere dietter som består av lagringsstabile matvarer. Matvarene bør gi ca. 9 MJ per dag i ti uker og dekke behovet for vitaminer og mineraler. Når man planlegger et slikt matvarelager, må man kjøpe inn matvarer utover det man bruker i sin daglige husholdning. Til daglig kjøper man for det meste ikke-holdbare matvarer som grønnsaker, frukt, meieriprodukter, fisk og kjøtt. Disse bidrar med en stor andel av næringsstoffene i kostholdet.

Et eksempel på en liste som dekker vitamin og mineralbehovet for en person i ti uker er: 4,6 kg knekkebrød, 1,4 kg havregryn, 3,5 kg spaghetti, 1 kg hermetisk leverpostei, 1 kg rognleverpostei, 7 kg makrellfilet i tomat, 1,4 kg marmelade, 1,4 kg hvitost, 2,7 kg kjeks, 2 kg hermetisk mais, 3,5 kg erter, 3,5 kg hermetisk asparges, 0,8 kg olivenolje, 0,4 kg smør, 2,1 kg spekeskinke, 0,7 kg mørk sjokolade, 1,4 kg mandler, 1,8 kg peanøtter, 0,14 kg tran, 14 kg appelsinjuice og 3,5 kg tørrmelk. I tillegg kan det være hensiktsmessig å ha et lite lager av kosttilskudd og andre stoffer som kan virke stimulerende på immunforsvaret dersom man skulle bli smittet, som for eksempel fiskemel, selen, betaglukaner, taurin, melatonin, vitamin- og mineraltilskudd m.m. (5).

**Anna Haug**  
Ås

**Olav Albert Christophersen**  
Oslo

#### Litteratur

1. World Health Organization. Influenza research in the human and animal interface. Report of a WHO working group. Genève: WHO, 2006. [www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_EPR\\_GIP\\_2006\\_3C.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_3C.pdf) [10.12.2007].
2. Haug A, Brand-Miller J, Christophersen OA et al. A food «lifeboat»: food and nutrition considerations in the event of a pandemic or other catastrophe. *Med J Aust* 2007; 11: 674–6. [www.mja.com.au/public/issues/187\\_11\\_031207/hau10357\\_fm.pdf](http://www.mja.com.au/public/issues/187_11_031207/hau10357_fm.pdf) [11.12.2007].
3. Sosial- og helsedirektoratet. Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet, 2004. [www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/is-1219\\_2606a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/is-1219_2606a.pdf) [5.3.2008].
4. Matportalen. [www.matportalen.no/](http://www.matportalen.no/) [10.12.2007].
5. Christophersen OA, Haug A. Possible roles of oxidative stress, local circulatory failure and nutrition factors in the pathogenesis of hypervirulent influenza: Implications for therapy and global emergency preparedness. *Microb Ecol Health Dis* 2005; 17: 189–9.

## Livs avsluttende behandling – Helsetilsynets rapporter

I mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2008 om retningslinjer for livs avsluttende behandling skrev jeg at «sjelden har vel et sykehus fått så kraftig kritikk fra sentrale myndigheter som i Kristina-saken» (1) og henviste

til Helsetilsynets rapport av november 2006 (2). Denne rapporten har for øvrig vært trukket lite frem i denne debatten. I sitt tilsvarende svar skriver Jon Henrik Laake at «Bralids fortolkning av Helsetilsynets vurderinger i Kristina-saken er imidlertid så avvikende fra mine at jeg bare kan vise til Helsetilsynets dokumenter, som er offentlig tilgjengelige» (3).

Laakes henvisning til at Helsetilsynets rapporter er offentlig tilgjengelige, medfører ikke riktighet. Begge tilsynsrapportene om Kristina-saken er av Helsetilsynet unntatt offentlighet i henhold til offentlighetsloven § 5a, jf. forvaltningsloven § 13. Imidlertid ligger det en sladdet rapport om behandlingen av Kristina på Helsetilsynets nettside. Det fremgår der at sykehuset på to punkter og ved flere anledninger opptrådte i strid med kravet til forsvarlig virksomhet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Videre ble det påpekt ett tilfelle av brudd på informasjonsplikten i henhold til pasientrettighetsloven. Sist og ikke minst, sykehusets opptreden overfor faren da representanter for ledelsen dro på hjemmebesøk 1.2. 2006 var uforsvarlig i henhold til spesialisthelsetjenesteloven.

Jeg mener derfor at det er et solid grunnlag for påstanden «sjelden har vel et sykehus fått så kraftig kritikk fra sentrale myndigheter som i Kristina-saken.»

**Dag Bratlid**  
St. Olavs Hospital

#### Litteratur

1. Bratlid D. Retningslinjer for livs avsluttende behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 476.
2. Helsetilsynet. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/brevandreuttalelser/tilsynssak\\_helsebergenhf\\_haukeland2006.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/brevandreuttalelser/tilsynssak_helsebergenhf_haukeland2006.pdf) [5.3.2008].
3. Laake JH. Retningslinjer for livs avsluttende behandling (tilsvar). *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 477–8.

## Systematisk etikkarbeid i intensivavdelinger nytter

I sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2008 (1) synes Jon Henrik Laake å ha misforstått hva en veileder for begrensning av medisinsk behandling er. En veileder skal ikke erstatte legens kliniske skjønn, men synliggjøre viktige momenter som lege i samarbeid med helsepersonell bør ta hensyn til når vanskelige klinisk-etiske beslutninger skal tas. Noen av prinsippene i veilederen er ikke-medisinske og kan omhandle medvirkning til fremtidig behandling og formodet samtykke fra pasient eller pårørende. Andre ikke-medisinske prinsipper er vurderinger av hva som er i pasientens interesse, eller hva som er akseptabel livskvalitet når det medisinske beslutningsgrunnlaget er usikkert og de kliniske miljøene er uenige om det videre forløpet.

Medisinskliniske beslutninger er sjelden så objektive som Laake fremstiller.

Forskning viser at det ikke finnes en enhetlig praksis i avslutning av livsforlengende behandling, heller ikke innen intensivmedisin (2–3). Kliniske beslutninger preges av beslutningstakers kompetanse, verdisyn, skjønn, preferanser samt organisasjon og profesjonskultur. Profesjonsmakt, mangel på kommunikasjon mellom kliniskere, usikkerhet og vilkårlighet i beslutninger samt svakhet i rutiner og organisering kan være med på å prege beslutningsprosesser og beslutninger. Det er vist at etikkkonsultasjoner kan spare unødvendige behandlings- og respiratordager og redusere meningsløs livsforlengende behandling (4). En veileder vil bidra til en mer enhetlig praksis omkring kliniske beslutninger i avslutning av livsforlengende behandling.

Laake hevder at kliniske etikkomiteer truer legens beslutningsmyndighet. Men det er aldri blitt hevdet at kliniske etikkomiteer skal være en beslutningsinstans i medisinske spørsmål. Kliniske etikkomiteer er rådgivende organ som brukes i spesielt vanskelige saker etter behov og ønske fra det kliniske miljøet selv. Nok en gang: Den veileder det her er snakk om gjelder alle områder av helsetjenesten der spørsmålet om å avslutte eller å avstå fra livsforlengende behandling er relevant.

Til slutt: Jon Henrik Laake hevder at det ikke er ham fremmed at jus og etikk hører hjemme i medisinske vurderinger. Det er vi glade for, men det er lite i hans tidligere innlegg som indikerer at han virkelig mener dette (1, 5). Tvert imot synes Laake å stille seg uforstående til at andre enn intensivlegen kan ha informerte synspunkter om slike vanskelige kliniske og etiske avgjørelser det her er snakk om.

**Per Nortvedt**  
**Kristin Halvorsen**  
Universitetet i Oslo

**Georg Bollig**  
Bergen Røde Kors Sykehjem

#### Litteratur

1. Laake JH. Retningslinjer for livs avsluttende behandling (tilsvar). *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 477–8.
2. Wunch H, Harrison DA, Harvey S et al. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005; 31: 823–31.
3. Pettilä V, Ala-Kokko T, Varula T et al. On what are our end-of-life decisions made? *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 947–54.
4. Schneidermann LJ, Gilmer T, Teetzel HD et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting – a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 1166–72.
5. Laake JH. Livs avslutning i intensivavdelinger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 3235.

J.H. Laake svarer:

En sentral forutsetning for å delta i en opplyst diskusjon er at deltakerne har tillit til at ytringer fra en motdebattant er oppriktig ment. Når jeg skriver at «behandlingen er