

oppfordrer nå professor Göran Berglund og medarbeidere ved Lunds universitet den svenske Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) og Socialstyrelsen om å oppnevne en komité som skal gjennomgå det vitenskapelige grunnlaget for gjeldende ernæringsanbefalinger som sikrer 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 intermedieæravdeling, med fortsatt opphold i sykehuset (1). Det ble betydelig billigere med opphold i intermedieæravdeling, først og fremst fordi det ble færre reinnleggelses og lavere kostnader per behandlingsdag. God kommunikasjon og godt samarbeid mellom sykehus og intermedieæravdeling, 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 sykehusinnleggelses av eldre begrenses mest mulig. Flytting til såkalt intermedieæravdeling er også uheldig. Hvis man ved sykehjemmene kunne gi intravenøs behandling, ville bare det kunne begrense antall sykehusinnleggelses 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 sykehusinnleggelses 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 geriatrisk 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 intermedieæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 283–5.
2. Helling L. Sykehjem som behandling sinstitusjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2277.

For høye priser for spesialistannonser

Prisene for spesialistannonserne 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 utylder ville jeg foreslå at akkurat spesialistannonserne 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 spesialistannonserne 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 familiegrupper 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