de diskuterade artiklarna inte är vetenskapligt godtagbara. I denna artikel redogör författarna för det vetenskapliga underlaget för sambandet mellan fettintag och insulinresistens. Författarna drar sedan slutsatsen att det behövs mer forskning för att differentiera hur olika typer av fett påverkar insulinresistens.

Den studie som Eenfeldt refererar till (hans referens 22), som visar att lågkolhydratkost har gynnsam effekt på insulinkänslighet, är en okontrollerad studie på tio individer under tre veckor, där det inte heller går att utvärdera i vilken utsträckning den gynnsamma effekten av viktnedgång maskerar den negativa effekten av ökat fettintag.

Vi hyser en stor oro för långtidsbehandling med lågkolhydratkost för viktstabila individer. Detta beror på de ökade hälsoriskerna som ett högt intag av animaliskt protein, lågt intag av kostfiber, grönsaker och frukt samt ett högt intag av mättat fett innebär. Eenfeldt väljer att inte kommentera de två förstnämnda hälsoriskerna, varför vi här hänvisar till vår tidigare artikel.

»Beträffande effekterna av mättat fett och risk för kardio- vaskulär sjukdom väljer Eenfeldt igen att rycka ut en enda mening ur en översiktsartikel ...«

Beträffande effekterna av mättat fett och risk för kardio- vaskulär sjukdom väljer Eenfeldt igen att rycka ut en enda mening ur en översiktsartikel (hans referens 56). I denna studie visar man en linjär minskning av risken för hjärt-händelser över tid när man minskat intaget av mättat fett, och att minskat intag av mättat fett över en period av minst två år innebar 24 procents reduktion av antalet hjärthändelser (0,76, CI: 0,65–0,90). Har det undgått Eenfeldt?

WHI-studien lyckades inte med sin målsättning att minska fettintaget till <20 energiprocent fett; därmed kunde inte heller uppställda hypoteser utvärderas. Det finns därför all anledning att titta på subgrupper, vilket studiens storlek tillåter. Dessa stöder att mättat fett är farligt. Detta, liksom andra stora studier som styrker sambandet mellan mättat fett, LDL-kolesterol och kardiovaskulär sjukdom, redovisas i vår tidigare artikel.

Eenfeldt hänvisar till American Diabetes Associations riktlinjer, och även här krävs en korrigering. Lågkolhydratkost (dock inte den extremkost som egentligen diskuteras) för viktnedgång rekommenderas av ADA för högst ett år med *kontinuerlig övervakning av blodlipider och njurfunktion;* inget för egenbehandling således. För individer med risk att utveckla diabetes rekommenderas lågt fettintag (evidensgrad A) samt högt kostfiberintag. För sekundärprevention rekommenderas kostvanor som inkluderar kolhydrater från frukt, grönsaker, fullkornsprodukter och lättmjölk (evidensgrad B).

Våra synpunkter, som har stöd inom svensk kostexpertis, går således även helt i linje med internationella organisationers riktlinjer, även om Eenfeldt vill låta påskina något annat.

Claude Marcus
professor, Karolinska institutet,
Claude.Marcus@ki.se

Göran Hallmans
professor, Umeå universitet

Gunnar Johansson
professor,
Statens folkhälsoinstitut

Elisabet Rothenberg
med dr, ordförande, Dietisternas riksorganisation

Stephan Rössner
professor, Karolinska institutet

Montera inte ned förlossningsvården

Förlossningstalens nivå i Stockholms län har ökat till de högsta sedan efterkrigstiden. Stockholms läns landsting inför fri etablering inom förlossningsvården för att lösa platsbristen [1].

Organisationen av Sveriges mödrahälsovård har medfört att landet redan år 1900 hade en mödradödlighet på 200 per 100 000 förlossningar, som av Världshälsoorganisationen (WHO) i dag beteckna som låg. Ett mödrahälsovårdsprogram – kostnadsfritt sedan 1938 – som följs av samtliga blivande föräldrar, etablerade vårdkedjor mellan öppen- och slutenvård, centralisering av förlossningsvården och utveckling av den neonatala intensivvården har medfört att vi i dag har världens lägsta siffror för mödradödlighet och spädbarnsdödlighet [2, 3].

En säker förlossningsvård förutsätter ett välfungerande samarbete med öppenvårdens mödrahälsovård och slutenvårdens neonatala intensivvård, anestesi- och operationsenheter.

Ett fritt etablerande av förlossningsenheter utan medicinskt säkert och väl organiserat samarbete med mödrahälsovård, neonatal intensivvård, anestesi och operation ökar riskerna för det nyfödda barnet och föräldrarna. Mödradödlighet och spädbarnsdödlighet riskerar att öka [2].

»Montera inte ned en världsunik förlossningsvård mot befintlig evidens och bättre vetande.«

Konkurrerande vårdenheter ökar också sjukvårdskostnaderna. Publicerade rapporter om professionens respektive marknadens inverkan på sjukvårdens ekonomi har visat att privatisering och konkurrens inom sjukvården har motsatta effekter gentemot industriell produktion. Faktorer som visades reducera kostnaderna inom sjukvården var central allokering av personal och teknologi. Togs den centrala kontrollen bort ökade kostnaderna [4].

Montera inte ned en världsunik förlossningsvård mot befintlig evidens och bättre vetande. Utveckla och förbättra istället de befintliga mödra-hälso-, förlossnings- och barnavårdsenheterna.

Ylva Vladic Stjernholm
förlossningsöverläkare, med dr,
kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
ylva.vladic-stjernholm@karolinska.se

REFERENSER

1. Remissunderlag – Auktorisering av förlossningsvård/vårdval inom Stockholms läns landsting. Kontaktperson Anders Olsson; e-post: anders.olsson@sll.se
2. Lindberg B. Svensk kvinnosjukvård under ett sekel [1904–2004]. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2004.
3. http://www.euro.who.int/HFADB
4. Lind J. Amerikansk sociolog om svensk sjukvårdsdebatt. Varför denna plötsliga tilltro till »marknaden«. Anders Milton i kommentar: Vi vill stärka patientens ställning (rep). Läkartidningen 1993;90: 3163-7.