



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Lysenkoisme i norsk ernæringsvitenskap?

Jeg har med interesse lest Christian Drevons nedsettende kritikk (1) av boken *Sukker – en snikende fare* (2) i Tidsskriftet nr. 15/2005. I samme nummer finnes også en liknende, men mindre ekstrem kritikk (3) av Fedon A. Lindbergs bok *Sukkerbiten* (4). Det er interessant at representanter for det bestående ernæringsetablisement velger å angripe bøker som beskriver et annet opplegg til løsning av vår tids livsstilssykdommer enn det de selv står ansvarlig for. De nevnte kritikere er selv sterke eksponenter for et kostholdssyn som har vist seg å føre til økende sykkelighet i befolkningen gjennom flere tiår. Det dreier seg spesielt om diabetes og fedme, men også om en rekke andre sykdommer, inklusive en vedvarende epidemi av hjerte- og karsykdommer og en sterkt økende sykkelighet hos den yngre generasjon.

De nevnte anmelderne har bl.a. støttet inntak av store mengder kornprodukter og hatt en restriktiv holding til animalsk fett og protein. Det offisielle kostholdssynet, finansiert av bl.a. Coca-Cola gjennom Verdens helseorganisasjon, har ikke i sterk nok grad belyst ulempene med det industrielle kostholdet, som er preget av raffinerte karbohydrater, margarin og kunstige planteoljer, E-stoffer og andre ikke navngitte stoffer, moderne jordbruksdrift og ødeleggelse av vitaminer i den industrielle matproduksjon.

Jeg ser med entusiasme at Gyldendal Akademisk har valgt å publisere boken *Sukker – en snikende fare* (1), en kjærkommen bok som setter søkelys på det antatt største problemet i vårt kosthold, nemlig raffinerte karbohydrater, og ser med glede frem til neste bidrag fra Poleszynski & Mysterud. Jeg regner disse to blant de fremste forfatterne innenfor biologisk/evolutionær medisin i Norge i dag. De er respektert i vide kretser for sin vitenskapelige og litterære innsats innen temaet ernæring. De er ofte talsmenn for synspunkter som støttes av forskning, men ikke av offisielle ernæringsorganer.

Jeg håper at Tidsskriftet vil legge seg på en mer vitenskapelig linje ved valg av litteraturanmeldere innenfor ernæringsfag. Det er nødvendig med alternative ideer. Tidsskriftet risikerer å stivne i et håpløst forældet kostholdssyn, en slags moderne lysenkoisme (etter den sovjetiske genetiker

Lysenko, som valgte å innordne sin forskning etter den herskende ideologien i stedet for å respektere objektiv vitenskapelig forskning). Lysenko var medansvarlig for faglig ensretning og stagnasjon av den sovjetiske biologien gjennom flere tiår.

**Karl Jensen**  
Harstad sykehus

#### Litteratur

1. Drevon CA. Sukker er trøbbel. Anmeldelse av: Poleszynski DV, Mysterud I. *Sukker – en snikende fare*. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2044.
2. Poleszynski DV, Mysterud I. *Sukker – en snikende fare*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
3. Pedersen JI. Perverte karbohydrater. Anmeldelse av: Lindberg FA. *Sukkerbiten*. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2045.
4. Lindberg FA. *Sukkerbiten*. Oslo: Pantagruel forlag, 2005.

### J.I. Pedersen & C.A. Drevon svarer:

I sin kritikk av våre anmeldelser av to bøker i Tidsskriftet nr. 15/2005 karakteriserer Karl Jensen oss som lysenkoister. Det argumentet lar vi ligge. Viktigere er det å gripe fatt i påstanden om at vi står for et kostholdssyn som er ansvarlig for økende hyppighet av «diabetes og fedme, men også (om) en rekke andre sykdommer, inklusive en vedvarende epidemi av hjerte- og karsykdommer ...».

Gjennom de siste 30–40 år har kostholdet gradvis endret seg i den retning som har vært anbefalt av norske helsemyndigheter og i tråd med tilsvarende anbefalinger fra alle land som har slike. Den totale fettandel er redusert, det er lavere inntak av mettet fett og transfett fra dyrefett og margarin og det er økt inntak av umettet fett. Inntaket av frukt og grønnsaker er også økt. Disse kostendringene har bidratt til en vesentlig reduksjon i kolesterolnivået i befolkningen og kan forklare det meste av nedgangen i dødelighet av hjerteinfarkt og plutselig død (1). Det er nå 6 000–7 000 færre infarktdødsfall per år enn i perioden 1970–75.

De anbefalte kostendringene kan altså ikke ha vært så katastrofale som Jensen og en del av hans likesinnede vil ha det til. Det er riktig at sukkerinntaket har økt og at energiinntaket har vært høyere enn forbruket hos en stor del av befolkningen, men dette er på tross av og ikke på grunn av anbefalingene. Det er for øvrig ingen enighet om betydningen av kostholdets kvalitative sammensetning og det tiltakende fedmeproblem. At det skulle skyldes for mye

brød og potet, kan ikke være forklaringen. Begge deler, og spesielt potetkonsumet, har gått betydelig tilbake i den perioden hvor fedmeproblemet har tiltatt. At mangel på fysisk aktivitet er en hovedfaktor, er imidlertid de fleste enige om.

**Jan I. Pedersen**  
**Christian A. Drevon**  
Avdeling for ernæringsvitenskap  
Universitetet i Oslo

#### Literatur

1. Pedersen JI, Tverdal A, Kirkhus B. Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1532–6.

### Mangelfullt om type 2-diabetes og insulin

I Tidsskriftet nr. 16/2005 advarer Odd Erik Johansen & Kåre Birkeland mot skepsis i forhold til insulinbehandling ved type 2-diabetes (1). De har helt rett i at slik behandling reduserer mikrovaskulære komplikasjoner (2). De skriver: «Derfor innledes behandlingen med livsstilstiltak, deretter blir det gitt tabletter og senere insulin i kombinasjon med tabletter eller som eneste behandling. Det er imidlertid ikke noen entydig dokumentasjon for rekkefølgen på dette, og noen benytter sågar insulinpumpebehandling til type 2-diabetikere som førstevalgsterapi» (1).

Et slikt perspektiv er mangelfullt. Behandling av type 2-diabetes bør først og fremst ta sikte på å forebygge makrovaskulære komplikasjoner. Det er solid dokumentasjon både på at slike komplikasjoner er tallmessig viktigst og på at de medfører størst mortalitet og morbiditet. Det er også dokumentert hvordan slike komplikasjoner kan forebygges med metformin, acetylsalisylsyre, blodtrykksbehandling og statin (3, 4). I forhold til slike intervensjoner har insulin sannsynligvis bare marginal nytteverdi.

Mange klinikere har et for sterkt fokus på glykemisk kontroll i behandlingen av type 2-diabetes. Praksisregistreringer i norsk allmennmedisin tyder på at selv ikke røykende type 2-diabetikere behandles adekvat med acetylsalisylsyre og/eller statin (5). Insulinbehandling ved type 2-diabetes fører nesten alltid til vektøkning (2). Ofte er dette pasienter som er immobilisert pga. høy vekt og vektrelaterte kroppslige plager (for eksempel artrose) fra før av. Ofte brukes store ressurser i hjemmesykepleie til insulinbehand-

ling og blodsukkerovervåking av geriatrike pasienter som ikke er i stand til å iverksette slik behandling selv.

Selv om Johansen & Birkeland har rett i at insulinbehandling ikke har vært forbundet med økt forekomst av makrovaskulære komplikasjoner, må det være tillatt å stille spørsmål ved om ressursene i diabetesomsorgen brukes fornuftig. Jeg prøver her å antyde at fokus i større grad må utvides fra glykemisk kontroll til forebygging av makrovaskulære komplikasjoner.

#### Eivind Meland

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

#### Litteratur

1. Johansen OE, Birkeland KI. Misvisende om insulin til diabetikere. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2247.
2. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837–53.
3. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998; 352: 854–65.
4. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998; 317: 703–13.
5. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1508–10.

#### O.E. Johansen & K. Birkeland svarer:

Det er ingen uenighet om at moderne medikamentell behandling av type 2-diabetes er multifaktoriell og inkluderer blodtrykkssenkende og lipidsenkende medikamenter i tillegg til acetylsalisylsyre og ev. ACE-hemmer til pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Men det var ikke temaet for innlegget vårt. Det vi påpekte var at insulinbehandling for det første ikke fører til økt kardiovaskulær sykdom, og for det andre kan senke blodglukosenivået hos de fleste pasienter med type 2-diabetes, når det er nødvendig. Det kan det være for å fjerne symptomer på hyperglykemi. Ofte er det den viktigste grunnen til å behandle eldre pasienter med insulin. Da er målet ikke å redusere risikoen for senkomplikasjoner, men å øke livskvaliteten, som ofte er redusert når blodglukoseverdiene regelmessig ligger over 12–13 mmol/l.

Vi påpekte også at god blodsukkerkontroll kan redusere risikoen for diabetisk øyesykdom, nyresykdom og nervesykdom, som ikke bør bagatelliseres. I mange land er det nå flere pasienter med type 2-diabetes enn pasienter med type 1-diabetes som når terminal, transplantasjonskrevende nyresvikt, fotsårskomplikasjoner er som kjent forbundet med svært høye kostnader. I vestlige land er diabetes ledende årsak til blindhet.

Vi deler Eivind Melands bekymring for vektøkning ved insulinbehandling, og ser frem til alternative blodglukosesenkende behandlingsformer som måtte komme. Men i dag er insulinbehandling den behandlingsform som kan redusere blodglukosenivået hos flest pasienter med type 2-diabetes når deres egen insulinsekresjon svikter etter mange års sykdom.

#### Odd Erik Johansen

Sykehuset Asker og Bærum

#### Kåre Birkeland

Aker universitetssykehus

## Telling av fosterbevegelser – dokumentasjon mangler

Frøen og medarbeidere presenterte i Tidsskriftet nr. 19/2005 nye retningslinjer for gravide (1). De skal få brosjyren *Tell trivselen*, inkludert et sparkeskjema, ved rutineultralyscreening, og motiveres til å kjenne etter fosteraktivitet hver dag i tredje trimester.

I 2002 var den perinatale dødeligheten i Norge under 5 per 1 000 fødte, det betyr mer enn en halvering de siste 25 år. Den perinatale dødelighet i Norge er nå så lav at man ikke kan forvente noe særlig videre fall (2).

Hvis vi skal gi anbefalinger til friske personer, bør vi være sikre på at det er mer til nytte enn til skade. Screening er aldri harmløst. De foreslåtte anbefalingene tilfredsstiller ikke de krav til dokumentasjon som bør stilles til en screeningundersøkelse. De er ekspertbaserte og ikke utarbeidet etter allment anerkjente metoder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Anbefalingene er i strid med de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen fra Sosial- og helsedirektoratet (3). Disse anbefalingene bygger på en stor randomisert studie som ikke viste effekt av rutinemessig registrering av fosteraktivitet (4). Det foreligger ingen annen god dokumentasjon på at rutinemessig telling av fosterbevegelser hos alle gravide gjør mer nytte enn skade. I protokollen for Cochrane-oversikten om effekt av telling av fosterbevegelser heter det: «Fetal movement counting might potentially reduce fetal death and asphyxia by precipitating timely intervention. On the other hand, it might induce anxiety in the mother and increase obstetric interventions and prematurity. It is important to establish whether in practice benefits outweigh risks or vice versa» (5).

De gravide kan nå ved ultralydscreening ved fødeavdelingene bli møtt med råd om å registrere fosteraktiviteten, mens leger og jordmødre som følger de nye nasjonale retningslinjene, forteller dem at det er unødvendig. Dette vil være uheldig. De nye retningslinjene er, som forfatterne selv understreker, ikke basert på sikker kunnskap om

at telling av fosterbevegelser reduserer forekomsten av intrauterin forsterdød. Telling kan føre til bekymring og til unødvendige og skadelige tiltak. Kvalitetssikringsprosjektet Femina er lagt opp slik at vi dessverre ikke vil ha mulighet til å evaluere effekten av *Tell trivselen* på en god måte.

#### Signe Flottorp

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

#### Litteratur

1. Frøen JF, Saastad E, Tveit JV et al. Store praksisvariasjoner ved redusert fosteraktivitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2631–4.
2. Melve K. Perinatal dødelighet halvert. Nytt fra Folkehelseinstituttet 2005; nr. 3.
3. Klovning A, Backe B, Eide BI et al, red. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Grant A, Elbourne D, Valentin L et al. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. Lancet 1989; 2: 345–9.
5. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Fetal movement counting for assessment of fetal well-being. Protocol. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3.

#### J.F. Frøen og medarbeidere svarer:

Signe Flottorp gir oss anledning til å rette opp flere misforståelser.

Dødfødsler kan forebygges. I Femina konkluderer rapporterende leger at fire tideler «kunne vært unngått». Omsorgssvikt er prevalent ved dødfødsler, deriblant ved «lite liv». Dødsfall, veksthemming, for tidlig fødsel og lite liv er sterkt assosiert. Svangerskapsomsorgen har her et stort forbedringspotensial.

Å informere de gravide om fosterbevegelser, å anbefale dem å kjenne etter hver dag og å kontakte helsepersonell hvis det er lite liv og utredning av lite liv – intet av dette har støtte i randomiserte studier. Det gjelder også bruk av fallskjerm ved fritt fall (1). Flottorp blir bekymret når helhetlig informasjon inkluderer og omtaler sparkeskjema som et enkelt hjelpemiddel og oppfordrer til bruk og innlevering til forskningsformål. Bruk av skjemaet skal gi større årvåkenhet, redusere risikoatferd, hjelpe kvinner med å skille mellom normal og avvikende variabilitet og gi kunnskapsbaserte tommelfingerregler i tvilstilfeller. Dette er ikke noen studie for eller imot sparketelling eller screening, men kvalitetsheving av informasjon til gravide.

«Sikker evidens» oppnås fra randomiserte studier, men «randomisert» er ikke synonymt med «god kunnskap». Studien Flottorp henviser til, dreide seg utelukkende om hvorvidt bare de 10 % med høyest risiko skulle telle eller om alle skulle, men kontrollpersonene ble «forurenset» pga. skriftlig informasjon om tellestudien med dødfødsler der de selv ikke skulle telle. I hele studiepopulasjonen var det en betydelig redusert dødfødselsrate. En presentasjon i Genève av den planlagte Cochrane-oversikten Flottorp nevner, tyder på at de vil