

Innlegg på inntil 400 ord sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no). Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

## Vektreduksjon og diabetes – mer lærdom å hente

I Tidsskriftet nr. 4/2008 kommenterer Kåre I. Birkeland en kasuistikkpresentasjon av Sofie Hexeberg & Fedon A. Lindberg (1, 2). Hexeberg & Lindberg dokumenterer svært vellykket behandling av en pasient med type 2-diabetes blant annet ved bruk av et lavglykemisk kosthold. Tidligere forsøk på vektreduksjon ved et energireduert, fettfattig kosthold hadde bare ført til vektoppgang for den aktuelle kvinnen. Den lærdom Birkeland trekker av denne artikkelen, er at behandling av enkeltpasienter kan gi andre resultater enn de som fremkommer i systematiske undersøkelser. Dette er et svært godt poeng, men han unnlater å nevne at det faktisk også finnes gode studier som understøtter kasuistikken til Hexeberg & Lindberg. Flere sammenliknende studier har vist tilsvarende eller større vektreduksjon ved bruk av karbohydratreduserte kosthold i motsetning til karbohydratrike, fettfattige dietter lik de norske anbefalingene (3–5). Dansinger og medarbeidere konkluderer i sin studie med at den viktigste prediktor av klinisk nytte ikke var fordelingen av makronæringsstoffer, men heller om deltakerne klarte å holde seg til kostholdet i den spesifikke dietten (3).

Hexeberg & Lindberg illustrerer dette poenget på en god måte. Motiverte pasienter som ikke lykkes med vektreduksjon ved å følge norske ernæringsanbefalinger, bør hjelpes til å følge et lavglykemisk kosthold. De bør få tett oppfølging og tilbys et reelt alternativ til medikamenter og insulinbehandling.

**Steinar Konradsen**  
Tromsø

### Litteratur

- Hexeberg S, Lindberg FA. Kvinnelig insulinbruker med diabetes type 2 og vektproblemer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 443–5.
- Birkeland KI. Overvekt ved diabetes – hva er beste behandling? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 445–6.
- Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL et al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293: 43–53.
- Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M et al. Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight-loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006; 166: 285–93.
- Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the ATOZ Weight Loss Study: a randomized trial. *JAMA* 2007; 297: 969–77.

K.I. Birkeland svarer:

Jeg har ingen problemer med å slutte meg til det aller meste av det Steinar Konradsen skriver, og jeg er enig i at motiverte pasienter som ikke lykkes med vektreduksjon ved å følge norske ernæringsanbefalinger, gjerne må forsøke et alternativt opplegg med kost med lav glykemisk belastning. Mitt hovedpoeng var imidlertid at slike enkeltresultater som er skissert i kasespresentasjonen, ikke kan forventes hos det store flertallet av pasienter vi skal gi kostråd.

Det er riktig at flere studier de siste årene har vist god effekt på vekt og kardiovaskulære risikofaktorer ved bruk av kost med lavt karbohydratinnhold. Mange er blitt overrasket over at de «nye og populære diettene» ikke har hatt så negative effekter på blodlipidene som fryktet. Noe av grunnen er nok at når karbohydratinnholdet reduseres for å oppnå vektreduksjon, øker ikke fettinntaket så mye. Vektreduksjon bidrar derfor til at man oppnår en positiv effekt på blodlipidene, selv om fettandelen i kosten øker noe. Vi vet mindre om hvordan disse lavkarbohydratdiettene vil fungere i en vektstabil fase, og vi vet at økt inntak av mettet fett er forbundet med økning i LDL-kolesterolnivået og muligens også av andre kardiovaskulære risikofaktorer. Umettet fett har ikke de samme negative effektene, men det er ikke dette fettene vi har tradisjon for å spise i Norge.

Etter min vurdering er det sannsynligvis vektreduksjonen som har den avgjørende virkningen ved forebygging og behandling av type 2-diabetes. Enhver kost som leder til vektreduksjon, vil således være gunstig. For vektreduksjonen er det avgjørende at pasientene det gjelder, klarer å etterleve den anbefalte kosten. I det lange løp, hvor forebygging av hjerte- og karsykdommer er avgjørende, vet vi mindre sikkert hva som er den riktige kosten. Sannsynligvis er frukt, grønnsaker og grove kornprodukter med mye fiber bra, og for å få det trenger man å spise karbohydrater. Karbohydratrike matvarer er også våre viktigste kilder til en rekke vitaminer, mineraler og antioksidanter.

Mitt syn samsvarer i stor grad med det som fremkommer i en fersk oversiktsartikkel (1): «Selv om data fra kontrollerte kliniske forsøk antyder at disse populære kosttypene kan være nyttige for vektkontroll, kardiovaskulær risiko og blodglukose-

kontroll, trengs lengre studier av effekt og sikkerhet av kost med ulik sammensetning av makronæringsstoffer for å gi evidens til våre anbefalinger. Inntil slike studier foreligger, kan leger anbefale flere typer kost med moderate endringer av makronæringsstoffer tilpasset den enkeltes behov og preferanse.»

**Kåre I. Birkeland**  
Aker universitetssykehus

### Litteratur

- Brehm BJ, D'Alessio DA. Weight loss and metabolic benefits with diets of varying fat and carbohydrate content: separating the wheat from the chaff. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab* 2008; 4: 140–6.

## Gutter med AD/HD får for lite hjelp

I Tidsskriftet nr. 3/2008 er Jørgen Lorentzen bekymret for økningen i AD/HD-medisiner (1). Reseptregisteret viser at medikamentbruken har stabilisert seg rundt 0,6% for gutter under ni år. Blant gutter over ti år er forbruket økt med vel 50% siden 2004. En SINTEF-rapport fra 2004 konkluderer med at AD/HD tidligere har vært underdiagnostisert i Norge, at det er store regionale forskjeller og lang ventetid for å få behandling. Dertil ble reglene for forskrivning endret i 2005 for å gjøre legemiddelbehandlingen mer tilgjengelig for personer med indikasjonen AD/HD. Økningen må ses i sammenheng med disse faktorene.

Lorentzen viser også til den amerikanske MTA-studien (Multimodal Treatment Study on ADHD), som viste klareste symptombedring der det ble brukt legemidler. Ved en oppfølgingsundersøkelse etter 22 måneder var imidlertid fortrinnet til dem som opprinnelig ble behandlet med legemidler borte (2). Lorentzen slutter av dette at mange gutter med AD/HD ikke trenger behandling med AD/HD-medisiner. Imidlertid ble MTA-studien i sin opprinnelige form, med randomiserte kontrollpersoner, avsluttet etter 14 måneder. Fordi oppfølgingsstudien fant sted i en periode der bruk av randomiserte kontrollpersoner hadde opphørt, har vi lite vitenskapelig grunnlag for å trekke effektfunnene i tvil. De som deltok i oppfølgingen, var ikke lenger pålagt den opprinnelige behandlingsplanen. I tillegg til at fortrinnet til dem som fikk behandling med

legemidler var borte i oppfølgingsstudien, hadde 45 % som opprinnelig kun ble tildelt intensiv atferdsterapi, startet med systematisk legemiddelbehandling. Av dem som opprinnelig begynte behandling med legemidler, hadde nær 30 % sluttet med medisiner eller trappet ned. Mulige forklaringer på de endrede funnene kan derfor være at noen av de dårligste pasientene fra kontrollgruppen startet med legemidler og/eller at de pasienter med minst symptomer valgte å avslutte behandling.

Oppfølgingen gir grunn til optimisme vedrørende behandling av AD/HD. Men vi trenger mer kunnskap om effekten av legemidler brukt i kritiske faser og i forhold til symptomstyrke. Og det må forskes langt mer på effekten av andre behandlingsformer og hjelpetiltak i skolen.

Ikke alt aktivt er hyperaktivt. Men de som får diagnosen AD/HD har så stor grad av uro og impulsivitet at det ikke så lett lar seg styre av viljestyrken. Jo hardere blir prøver – og mislykkes – jo større blir smerten. Min bekymring er at mange av guttene med AD/HD får for lite hjelp. For lenge siden måtte unge menn gå på glødende kull for å bevise noe. Ingen vil anbefale dette i dag.

**Egil Middlyng**

Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Lorentzen J. Gutter og oppvekst. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 416.
2. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 989–1002.

## Blir man en bedre mor etter en smertefull fødsel?

I Tidsskriftet nr. 3/2008 skriver Hagtvedt & Eri om smertelindring til fødende og dens uheldige effekter (1). De hevder at helsevesenet primært ser den fødende kvinnen gjennom naturvitenskapelige briller, og at fødselsomsorgen generelt ikke tar inn over seg at det å føde er «en sosial hendelse av eksistensiell betydning i kvinnens liv». Dette fortjener et svar.

De peker på at det er «individuell hvilke ønsker og forventninger kvinnene har til det å føde», men det skinner klart igjennom at de mener at smertelindring generelt bør unngås. Ikke bare vil fravær av smertelindring gjøre selve fødselsopplevelsen mer fullkommen, det vil også bringe kvinnen til et dypere erkjennelsesnivå som kvinne og mor. Det er oppsiktsvekkende at de antyder at smertelindring kan gjøre kvinner til dårligere «emosjonelle veiledere» samt ha negativ «betydning for relasjonene i familiedanningen og for kvinnens og familiens fremtidige helse». Dette er patriarkalske utsagn som stigmatiserer en stor

gruppe kvinner som har tatt imot smertestilende ved fødsler. I tillegg tar de feil. En negativ fødselsopplevelse kan merke en for livet og smertelindring står helt sentralt i forebyggingen av dette (2).

Det er langt fra et mål at alle fødende skal ha epidural smertelindring. En smertetilstand er dog en individuell opplevelse, og selv om denne induseres av en «naturlig hendelse» (les: fødsel) er det faktisk den fødende som kjenner smerten og som må få legge føringer på hvordan denne smerten skal håndteres. I en tidligere spørreundersøkelse har kvinnene selv uttrykt ønske om epidural hvis de kunne velge selv (3). Dette er et fornuftig valg, fordi epidural smertelindring er overlegen annen fødselsanalgesi. I motsetning til hva Hagtvedt & Eri hevder, er det også dokumentert at epidural ikke er assosiert med økt frekvens av operativ forløsning (4).

En av de viktigste forutsetningene for økningen i epidural smertelindring i perioden 1996–2002 var en holdningsendring blant jordmødre og anestesileger (5). I 2002 respekterte langt flere mors ønske om epidural smertelindring som god nok indikasjon for slik behandling. Dette imøtekommer den fødendes behov og følelse av å ha kontroll med egen fødsel. Og bra er det!

**Andreas Barratt-Due**  
Oslo

#### Litteratur

1. Hagtvedt A, Eri T. Skal fødselssmerter «behandles»? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 338.
2. Nystedt A, Høgberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. J Clin Nurs 2005; 14: 579–86.
3. Trovik J, Salvesen H, Marøy M et al. Hvis de fødende selv kunne velge. Resultat fra en brukerundersøkelse i Bergens-regionen. Tidsskr Nor Legeforen 1995; 115: 838–41.
4. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
5. Barratt-Due A, Hagen I, Dahl V. Smertelindring til fødende i norske sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 18: 2504–6.

M.L. Hagtvedt & T.S. Eri svarer:

Det er grunn til å reflektere over økt bruk av medikamentell smertelindring i normale fødselsforløp. Indikasjonene ved bruk må være gode, og kunsten er å skille mellom normal og unormal fødselssmerte. Unormalt sterke smerter kan ha negativ effekt på kvinnen og barnet, mens normale fødselssmerter er ufarlige. Den hormonelle frigjøringen i et uforstyrret fødselsforløp er viktig for en god og rask tilknytningsprosess mellom mor og barn, i tillegg vil fødselssmerten kunne fremme mestring, selvfølelse og selvtillit (1).

I første rekke er det kvinnen selv som må ta stilling til smertelindring, men kvinner tar sine valg i et medisinsk system som ikke

legger nok vekt på gevinsten ved å unngå intervensjoner. Hensikten med vår kommentarartikkel var ikke å stigmatisere kvinner som har hatt god hjelp av smertelindring, det er det heller ingen grunn til. Vårt anliggende er derimot å komme med et motsvar i den medisinske diskursen.

En normal fødsel må ikke utelukkende oppfattes som et medisinsk anliggende, det kan medføre overdreven bruk av smertelindrende tiltak også ved normale fødsler. Spørsmålet er om det er et gode når ca. 70 % av norske kvinner kan forvente normale fødselsforløp. Det utelukker ikke lindring av fødselssmerte, men krever en helhetlig vurdering. Studier viser at epidural smertelindring er assosiert med økt risiko for assistert vaginal forløsning (2). WHO har demedikalisering av normale fødsler som ett av ti prinsipper for perinatal omsorg, som både Den Internasjonale gynekologforeningen (FIGO) og Det internasjonale jordmorforbundet (ICM) har gitt sin tilslutning til.

Opplevelse av kontroll er den faktoren som oftest knyttes til en positiv fødselsopplevelse (3). Tilgang til smertelindring kan for mange gi en form for kontroll, men å ha tro på egen fødekraft, og føle seg uavhengig av det medisinske systemet, vil bety reell kontroll over egen fødsel.

Som fødselshjelpere har vi alle et felles mål om at kvinner skal ha gode fødselsopplevelser. Det innebærer en helhetlig tilnærming som har respekt for ulike dimensjoner, og som anerkjenner den eksistensielle og sosiale betydningen en fødsel har i en kvinnes liv.

**Mari Landsverk Hagtvedt**  
**Tine Schauer Eri**  
Høgskolen i Vestfold

#### Litteratur

1. Niven CA, Murphy-Black T. Memory of labor pain: a review of the literature. Birth 2000; 27: 244–53.
2. Anim-Somuah M, Smiyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 4.
3. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth 2003; 30: 235–47.

## Ta fødselssmerte på alvor

Hagtvedt & Eri hevder i Tidsskriftet nr. 3/2008 at det har helsemessige gevinstar å føde med smerte (1). Rett nok står det i Bibelen: «Stor vil eg gjera di møde så tidt du er med barn; med verk og vande skal du føda.» Heldigvis har behandling av akutt smerte endra seg mykje sidan den tid.

Påstanden til forfatterane om at smertelindring (les: fødeepidural) fører til auka bruk av intervensjonar og operative inngrep er feil. Ein stor randomisert studie publisert i *New England Journal of Medicine* i 2005