

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 karbohydratreduerte 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