

Motstridiga råd om mat skapar förvirring

Visst är det viktigt att gå ned i vikt och få bort bukfetman om man har typ 2-diabetes eller andra riskfaktorer, men om det bästa sättet att göra detta är med en fettrik och kolhydratfattig kost, det vet vi ännu inte eftersom det saknas studier på långtidseffekter och på risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar, påpekar Mai-Lis Hellénus apropå diskussionen om kostrekommendationer till diabetespatienter.



Foto: Lef Jacobsson/GT/Scanpix

Maten är serverad – vegetarisk cannelloni.

Bakgrunden är att två dietister gjort en anmälan till Socialstyrelsen då de ifrågasatte att en praktiserande läkare rekommenderade sina patienter med övervikt och typ 2-diabetes en kost med mycket lågt innehåll av kolhydrater men rik på fett och proteiner. Sådana kostrekommendationer avviker från Nordiska näringsrekommendationer och från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av diabetes.

Nyligen meddelade Socialstyrelsen att ärendet inte föranleder någon ytterligare åtgärd. Den aktuella läkaren har inte utfört sitt arbete i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet eller åsidosatt patienternas säkerhet. Socialstyrelsen konstaterar att denna behandlingsform, dvs lågkolhydratkost, har en sparsammare vetenskaplig dokumentation än gängse rekommendationer men att det finns ett antal studier som vi-

sat effekt på viktnedgång utan farliga biverkningar.

Socialstyrelsen betonar också vikten av att det behövs studier med längre tids uppföljning innan långtidsbehandling med lågkolhydratkost kan inledas. På Socialstyrelsens webbplats kunde man också läsa att Socialstyrelsen särskilt vill understryka att detta beslut inte alls tar ställning i frågan om vilka kostråd som i första hand bör användas vid olika tillstånd och i olika situationer. Sådana rekommendationer ges i nationella riktlinjer m m. Socialstyrelsen och den sakkunnige professorn Christian Berne har gjort ett grannlaga och viktigt arbete. Tyvärr har det i medierna oftast framställts som att Socialstyrelsen ställer sig bakom kostråden i fråga.

Forskning om matens betydelse för vår hälsa är ett område som ofta nagelfars, och diskussionen blir ofta allt annat än vetenskaplig. Det har jag full förståelse för, då mat handlar om väldigt mycket annat än just vetenskap. Mat och måltider handlar om känslor, minnen, traditioner, religion, ja, maten är helt enkelt en oerhört viktig del i våra liv.

Mitt eget yrkesområde är begränsat till matens och aktivitetens betydelse för att

förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdomar. På det området finns en mycket omfattande forskning sedan flera decennier. I hundratals stora epidemiologiska studier av varierande kvalitet har man studerat samband mellan vad vi äter och förekomst av riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar (t ex blodfetter, högt blodtryck, övervikt, bukfetma och insulinresistens) eller samband med risk att sjukna och dö i hjärt-kärlsjukdomar [1-5].

Sådana studier visar att ett högt intag av mättade fetter och transfetter är associerat med en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar. Ett högt intag av enkelomättade eller fleromättade fetter, liksom ett högt intag av frukt, grönsaker och fiber, är kopplat till en minskad risk [1-3].

Den typen av studier räcker inte för att formulera vetenskapligt baserade kostråd; för det krävs interventionsstudier. Man randomiserar då en grupp människor till att ändra sina matvanor och en grupp till att inte göra det. Man följer dem sedan under en lång tid för att se effekter på bakomliggande faktorer (intermediära faktorer) eller ännu hellre på risken att sjukna och dö i hjärt-kärlsjukdomar.

Sådana studier är oerhört

svåra att genomföra. Det är svårt att mäta vad folk egentligen äter, och försökspersonerna har en tendens att underrapportera (framför allt intag av fett). Dessutom bör man i sådana studier hålla alla andra faktorer konstanta, dvs faktorer som också kan påverka risken att sjukna i hjärt-kärlsjukdom som t ex rökning, fysisk aktivitet, stress och farmaka.

Trots alla dessa svårigheter finns välgjorda randomiserade, kontrollerade studier av både primärpreventiv och sekundärpreventiv natur där man ändrat matvanorna i en grupp och därefter, under flera års uppföljning, studerat risken att sjukna och dö [3]. I så gott som samtliga studier har kostråden baserats på ett minskat fettintag men också på en förändrad fettkvalitet, dvs man har minskat på animaliska mättade fetter och försökt öka intaget av enkelomättade och fleromättade essentiella fetter. I några studier har man ökat intaget av främst fiskfetter. Kostråden har också så gott som alltid inneburit att interventionsgruppen uppmanats öka intaget av frukt, grönsaker och fiber.

Trots svårigheterna att genomföra den här typen av studier är resultaten ganska



MAI-LIS HELLÉNUS professor, institutionen för medicin, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Karolinska institutet, Stockholm mai-lis.hellenius@ki.se

samstämmiga. Den typ av kost man rekommenderat, och som återfinns i Nordiska näringsrekommendationer [6], har haft förmågan att minska risken för insjuknande och död i hjärt-kärlsjukdomar, och i några studier har man också sett en effekt på total dödlighet.

Dessutom finns ett ännu större antal mindre studier av experimentell eller mekanistisk natur där man på begränsade grupper av individer och under kortare tid ändrat på någon enstaka faktor i kosten, t ex fettkvaliteten, saltinnehållet, mängden gelbildande fibrer etc, för att studera enstaka eller flera av de bakomliggande riskfaktorerna. Även dessa studier stödjer de kostrekommendationer som i dag är gällande [3]. Vi börjar också förstå hur matvanor påverkar genuttryck.

Vad gäller typ 2-diabetes

finns en handfull stora välgjorda livsstilsstudier, bl a en finsk, där man med hjälp av ökad fysisk aktivitet och förändrade matvanor kunnat visa att man kan halvera risken för riskindivider att insjukna i typ 2-diabetes [7]. Den kost som rekommenderats i dessa studier har också sett ut på liknande sätt, dvs man har givit råd om att minska på fett, framför allt det mättade, och att äta mera frukt, grönt och fiber [7, 8]. I en kinesisk fyraarmad studie fanns en studiegrupp där man gav enbart kostråd, och man kunde där minska risken att sjukna i diabetes med ca 30 procent [9].

Att försöka formulera kostråd

för en hel befolkning är naturligtvis en oerhört svår uppgift. I den enskilda situationen tillsammans med patienten måste man alltid först och främst ta reda på vad patienten äter och hur han eller hon lever för övrigt och därefter försöka anpassa kostråden. Det handlar om att man äter bra men alldeles för mycket i relation till hur mycket man rör sig, en ogynnsam måltidsfördelning med t ex stora måltider sent på kvällen, ett

»Det är den sammanvägda kunskapen från epidemiologiska studier, interventionsstudier och mekanistiska studier som leder fram till riktlinjer av olika slag, inte enstaka nya studier.«

högt intag av onyttiga fetter, ett lågt intag av bra fetter, ett högt intag av socker i form av söta drycker, godis och bakverk eller ett lågt intag av grönsaker, frukt och fiber.

Nu för tiden handlar det väldigt ofta om ett energibalansproblem, dvs den fysiska aktiviteten och energiförbrukningen är relativt sett för låg. I de svenska och de nordiska näringsrekommendationerna har man också klokt nog kombinerat vetenskapligt baserade råd om mat med råd om ökad fysisk aktivitet.

Som läkare, lärare och forskare ställer jag mig bakom de råd som Livsmedelsverket och expertföreningar som t ex Europeiska kardiologföreningen, National Cholesterol Education Programme i USA och andra har givit ut [6, 10]. Det gör jag därför att jag lutar på de erfarna kollegor som ägnat decennier åt eget kliniskt arbete, egen forskning och dessutom många år åt att granska litteraturen på området.

Jag har också i min egen forskning och i min egen kliniska vardag sett att anpassade råd sprungna ur gängse rekommendationer oftast ger det önskade resultatet. Som forskare och lärare tränas vi ständigt i att läsa, kritiskt granska och försiktigt tolka enstaka studier. Det är den sammanvägda kunskapen från epidemiologiska studier, interventionsstudier och mekanistiska studier som leder fram till riktlinjer av olika slag, inte enstaka nya studier.

Naturligtvis ska sådana riktlinjer och nationella rekommendationer ses över

med jämna mellanrum, och ett sådant arbete sker också fortlöpande. Livsstil och matvanor förändras kontinuerligt, och i vissa avseenden har svenska folkets matvanor sannolikt förbättrats. Vi har minskat intaget av onyttiga fetter och ökat intaget av frukt och grönsaker, men däremot har vi också under samma period ökat intaget av socker och kalorier, och portionerna har blivit större samtidigt som vi blivit mer stillasittande.

Hälsa handlar dessutom inte bara om vikt. Visst är det viktigt att gå ned i vikt och få bort bukfetman om man har typ 2-diabetes eller andra riskfaktorer, men om det bästa sättet att göra detta är med en fettrik och kolhydratfattig kost, det vet vi ännu inte eftersom vi helt och hållet fortfarande saknar studier där man tittar på långtidseffekter och på risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar. Alldeles nya djurstudier indikerar att en fettrik kost t ex kan öka risken för fettinlagringar i hjärtmuskulaturen.

»Hur ska vi då äta för att hålla oss friska?« Jag förstår att det inte är lätt för en journalist att försöka formulera någonting vettigt att skriva, när den tillfrågade forskaren har svaret: »Ja, det är svårt att svara på, det beror på det enskilda fallet«, och så kommer en lång utläggning om måltidsordning, salt, socker, fettkvalitet, fiberinnehåll, antioxidantia etc, etc. Journalisten vill kanske ha något som rymmer i en enkel, kort rubrik, och då blir det ofta lite fyrkantigt och i värsta fall helt fel. Helt säkert är i alla fall att debatten om vad som är bästa maten för hälsan kommer att fortsätta.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Forskningsanslag, stipendier och projektbidrag har erhållits från Parke Davis, Bayer, Pfizer, AstraZeneca, Folkhälsoinstitutet, Hjärt-Lungfonden, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, Centrum för idrottsforskning och Tornspirans stiftelse. Tillfälliga arvoden för*

föreläsningar, läroböcker och patientinformationsmaterial har erhållits från MSD, Aventis Pharmacia, Parke Davis, Bayer, Bristol-Myer Squibb, Pfizer, AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Novartis, Novo Nordisk, Pharmacia, Sanofi-Aventis och Schering-Plough.

REFERENSER

1. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med.* 2003;348:2599-608.
2. Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Mediterranean diet and survival among patients with coronary heart disease in Greece. *Arch Intern Med.* 2005;65:929-35.
3. Van Horn L, McCain M, Kris-Etherton PM, Burke F, Carson JA, Champagne CM, et al. The evidence for dietary prevention and treatment of cardiovascular disease. *J Am Diet Assoc.* 2008;108:287-331.
4. Erkkilä A, de Mello VD, Riserus U, Laaksonen DE. Dietary fatty acids and cardiovascular disease: An epidemiological approach. *Prog Lipid Res.* 2008;47:172-87.
5. Nöthlings U, Schulze MB, Weikert C, Boeing H, van der Schouw YT, Bamia C, et al. Intake of vegetables, legumes, and fruit, and risk for all-cause, cardiovascular and cancer mortality in a European diabetic population. *J Nutr.* 2008;138:775-81.
6. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2004. Nord 2004:13.
7. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämmäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001;344:1343-50.
8. Knowler WC, Barrett-Conner E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002; 346:393-403.
9. Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care.* 1997;20:537-44.
10. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14 Suppl 2:S1-113.