

Stärkelse eller fett till diabetiker – ett skenbart dilemma?

Vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet när det gäller kostråd vid övervikt och diabetes är i dag inte längre helt självklart. Och fortsatta studier på området kan komma att visa att andra kostfaktorer än kolhydrater respektive fett kan tillmätas lika stor eller större betydelse för kostråden till dessa patientkategorier.

Socialstyrelsen friade 16 januari 2008 allmänläkaren Annika Dahlqvist från misstanken om att äventyra säkerheten för patienter med övervikt eller diabetes typ 2, då hon förordar kolhydratsnål kost med högt fettintag (60–65 energiprocent). Enligt utlåtandet kan hennes kostråd »anses vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet«, samtidigt som de kan »sägas avvika från vetenskap och beprövad erfarenhet som de tar sig uttryck i nämnda rekommendationer och riktlinjer« (dvs Svenska näringsrekommendationer och gällande Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus).

Torsten Mossberg, Socialstyrelsens föredragande i ärendet, framhåller i en radiointervju att »vi har konstaterat att det finns stöd för bägge alternativen«. Han avböjer att svara på vad Socialstyrelsen nu rekommenderar, mycket eller litet kolhydrater, eftersom revision av diabetesriktlinjerna pågår.

Socialstyrelsens utlåtande grundas delvis på ett yttrande från Christian Berne, professor i endokrinologi och diabetesvård i Uppsala. Enligt detta »kan, med reservation för en smal vetenskaplig bas, avsaknad av långtidsresultat och av studier som utvärderar effekter på patientrelaterade effektmått (hjärtkärlsjukdom och vid diabetes mikrovaskulära diabeteskomplikationer), kolhydratsnål kost i dag sägas vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet för viktreduktion vid övervikt och typ 2 diabetes med motiveringen att ett antal studier har vi-

sat effekter i ett kortare perspektiv och att evidens för farlighet inte framkommit i hittills gjorda systematiska litteraturgenomgångar. För behandling utöver 1 år saknas ännu vetenskapligt stöd. En omsorgsfull utvärdering av de långsiktiga behandlingsresultaten är därför ett viktigt krav på behandlande läkare.«

Ärendet belyser blott alltför väl osäkerheten kring kostbehandling av diabetes typ 2, där vetenskapen är svårtolkad och »beprövad erfarenhet« kan leda oss åt helt olika håll. Välgjorda kliniska studier är få och visar ingen övertygande effekt på metabola variabler av vare sig ökat eller minskat fettintag vid diabetes, enligt en färsk Cochrane-översikt [1].

Ett minskat intag av stärkelse (vilket Dahlqvist förespråkar) förväntas ge lägre postprandial blodsockerstegring [2] och lägre triglycerider [3] och minst lika stor (eller snarare lika liten) viktnedgång som ett minskat fettintag [4, 5]. Farhågorna vid ökat intag av mättat fett gäller främst ökat LDL-kolesterol [3] men även insulinresistens, fettlever och andra lipotoxiska skador [6, 7].

Fettrik kost är en etablerad metod för att orsaka insulinresistens och nedsatt glukostolerans hos hundar [8], råttor [9] och möss [10]. Humanstudier talar inte för att stärkelserestriktion eller lågt glykemiskt index (GI) i sig förbättrar glukostoleransen hos diabetiker [11–16].

Ytterligare stöd för att stärkelse inte är någon avgörande bov i dramat kommer från det faktum att människan har en högre aktivitet av salivamylas än andra djurarter [17], ungefär tre gånger högre än

schimpansen [18]. Även våra framtänder anses vara ovanligt väl lämpade att tugga rötter [19], vilket stärker hypotesen om ett högt intag av stärkelsrika rötter under de senaste årmiljonerna [20].

Den av oss studerade ursprungsbefolkningen på Kitava, Nya Guinea, saknar alla tecken på metabola syndromet trots exceptionellt högt stärkelseintag från jams, sötpotatis, taro och tapioka. Det finns andra liknande exempel [21]. Sannolikt är människan väl rustad för stor variation i andelen kolhydrater, fett och protein (<http://www.staffanlindeberg.com>), med reservation för att vissa diabetiker kan ha fått irreversibla metabola rubbningar som kräver särskilda kompromisser.

Historiskt sett kan vi tala om två kosttrender – kolhydratsnål och fettsnål – där Annika Dahlqvist lustigt nog representerar den som har flest år på nacken. År 1826 utgav Anthelme Brillat-Savarin »Smakens fysiologi«, en av de mest inflytelserika böckerna om såväl kokkonst som kostrelaterad ohälsa. Han var inte akademiskt skolad, men hans kunskap och auktoritet var stor, och lärda män i hans samtid ska ha respekterat honom högeligen. Så här skriver han om bukfetma: »Det finns ett slags korpuslens som inskränker sig till buken. Detta har jag aldrig iakttagit hos kvinnor ...« Själv är han också drabbad: »... men fastän bärare av en ganska utstående mage, har jag ännu en vad och en Achillesena lika skarpt avtecknade som på en arabisk springare.«

Efter att han hade funderat länge (boken gavs ut samma år som han avled vid



STAFFAN LINDEBERG
docent i allmänmedicin,
institutionen för kliniska
vetenskaper, Lund
Staffan.Lindeberg@med.lu.se



Kolhydrater och fett – både till vänster och till höger...

Foto: Staffan Lindeberg

71 års ålder) »... letade jag mig fram till en teori, vars grunder jag funnit genom undersökningar utanför människoslaktet, nämligen att korpulensen alltid i främsta rummet förorsakas av en med mjöl och stärkelseämnen överladdad diet ...«. Brillat-Savarin kan ses som en av de viktigaste upphovsmännen till den långa tradition av skepsis inför kolhydrater som förelegat fram till etablerandet av den fettsnåla kosten på 1970-talet.

Vetenskapsjournalisten Gary Taubes historiska beskrivning av dessa två kosttrender är mycket läsvärd [22]. Tyvärr är Taubes lite oförsiktig när han återger forskning kring glukosmetabolism och underbygger vanföreställningen bland lågkolhydrat-bloggarna att det skulle vara klarlagt att kolhydratinducerad hyperinsulinemi är en orsak till insulinresistens.

Jag tror att det är dags att fokusera mindre på fett och kolhydrater, att i stället diskutera livsmedel (särskilt med patienterna). Annika Dahlqvist rekommenderar kött, fisk och grönsaker till lunch och middag, och hon avråder från bröd, frukostflingor, pasta, potatis, kaffebröd, godis och läsk (<http://blogg.passagen.se/dahlqvistannika>). Om våra patienter med diabetes typ 2 går ner i vikt på en sådan kost, vilket är väntat, så kan det ibland vara värt att avvakta med invändningar och i stället noggrant följa utvecklingen avseende HbA_{1c}, blodtryck, midjeomfång, blodfetter och njurfunktion. Så tolkar jag Christian Bernes och Socialstyrelsens väl avvägda utlåtande.

Jag tycker mig höra många röster som nu höjs för att initiera en stor interventionsstudie med tunga kliniska utfallsmått. Det är väl bara att hålla med, även om jag anser att vi först bör granska de studier som redan har gjorts. Dessa antyder, enligt min bedömning, att andelen fett och kolhydrater inte är det som ska studeras i första hand. Bland de kostfaktorer som bör granskas närmare, bara för att nämna två, är spannmålslektinernas interaktion med leptinreceptorn [23] och mjölkproteiner som orsak till insulinresistens och lipotoxicitet [24, 25].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

LÄS MER Fullständig referenslista finns på <http://ltarkiv.lakartidningen.se>.

APROPÅ! Rankningslistor

Sämst i klassen ...

■ Klockan 07.40 ringer mobilen. Jag är på väg till jobbet. Det är min chef: »Har du läst DN?« »Nä, vadå?« svarar jag. Min chef har aldrig ringt mig före åtta tidigare. »Vi är sämst«, säger hon. »Av alla kliniker i hela landet är vi sist på en rankingslista i DN.«

När jag kommit till jobbet, fått tag i en DN och sökt på nätet inser jag att det pågår en presskonferens där en lista presenteras. Vi ligger sist på den listan, och någon mer information går inte att få. Först någon timme senare har rapporten lagts ut på nätet, och jag kan läsa den i sin helhet.

Vi har vissa problem på vår klinik, och arbetsmiljön uppfattas av en del som mindre bra, men min bedömning är att man i undersökningen har kommunicerat och hanterat statistik på ett amatörmässigt sätt, att undersökningen gjort mer skada än nytta och att man från facklig sida tycks såga i den gren man sitter på.

Vår kliniks läkargrupp är liten, och 30 procent är inte fackligt anslutna. Med den genomsnittliga svarsfrekvensen har fyra läkare svarat på vår klinik. Jag har kontaktat Nils Joneborg, ordförande för Stockholms sjukhusläkarförening, för att få veta vilka frågor enkäten omfattade, hur utfallet var i dessa frågor samt vår svarsfrekvens.

Han skriver till mig: »Kommer diskutera med min kollega Simon på SYLF Sockholm samt på Stockholms Läkarför- enings styrelsemöte på onsdag kväll, hur vi skall



Artikeln i DN den 21 januari 2008 om arbetsmiljörankingen.

göra när det rör sig om kliniker med få anställda. Vi måste väga risken att någon skulle kunna känna sig utpekad mot nyttan på din klinik.«

Det är bra att denna fråga om de små talens tyrannitas upp. Att den gör det efter att rapporten är skriven, efter presskonferensen, efter att resultaten publicerats i DN, Läkartidningen m fl och efter det att jag som klinikchef har efterfrågat mer information – det är ytterst klandervärt.

»Att någon skulle kunna känna sig utpekad« är ju inte längre en risk, utan ett faktum. Vi hade det lägsta genomsnittet men också ett 95-procentigt konfidensintervall som omfattar medelvärdet för de sex kliniker som kom före oss i rankningen. I rapporten har våra resultat inte heller använts vid jämförelser. Jag förstår varför. Hade jag i en vetenskaplig artikel använt siffror på samma sätt för att hävda att något var bäst eller sämst hade kritiken blivit omfattande – och publicering i vetenskaplig tidskrift otänkbar.

Det tog trettio timmar sedan listan publicerats innan en biomedicinsk analytiker på anställningsintervju hos oss refererade till vad man sagt på en av privatklinikerna:

»Där kan du inte jobba, där tycker ju personalen att man är sämst!« Fackligt anslutna läkare har snabbt blivit »personalen« (totalt drygt 40), och i ett svårt rekryteringsläge har enkäten förvärrat situationen ytterligare.

För oss handlar mycket av problemen om att privata aktörer kan betala grundlöner som är 100 procent högre än inom landstinget. Jag har till och med en kollega som blivit erbjuden en månadslön på 150 000 kr (men valt att stanna kvar). Kanske är det rätt – att alla fysiologer borde arbeta på privatklinik – men kommer t ex utbildning av läkarstudenter, ST-läkare och randande läkare att fungera – och till vilket pris?

Siffror ljuger inte. Men tolkning av siffror är en annan sak och medför automatiskt ansvar. Jag tar fullt ansvar för min del i att vissa av de fackligt anslutna läkarna på vår klinik har en arbetsmiljö som de upplever som dålig. Jag skulle önska att Stockholms sjukhusläkarförening och SYLF tog samma grad av ansvar när de rapporterar enkätresultat.

Martin Anderson
klinikkchef,
fysiologiska kliniken,
Södersjukhuset, Stockholm
martin.anderson@sodersjukhuset.se