

Låt oss ge kolhydratsnäla kostråd till diabetiker

Dietisterna Ingrid Larsson och Elisabet Rothenberg ifrågasätter i *Läkartidningen* 50–52/2005 (sidan 3922) att läkare får ge råd om lågkolhydratkost.

I början av 1900-talet, innan insulinet hade upptäckts, var diabeteskostens kolhydratsnäla. Det var helt logiskt att man drog in på födoämnen som höjde blodsockret. Man var då fullt medveten om att även stärkelsemat höjde blodsockret. Sedan insulinet blivit tillgängligt kom kolhydratmedvetenheten mera i glömska.

På 1950-talet började fettskräcken att spira, efter det att giftfröet hade sätts av Ancel Keyes, i USA [1]. Så småningom spred sig fettskräcken även till diabeteskosterna, så att även denna blev kolhydratrik. Ända till 1990-talet var emellertid sockret avrått för diabetikerna, men då blev även det tillåtet. Detta berodde på att man kom på att stärkelse höjde blodsockret lika mycket som socker och då tilläts även socker, i stället för att man minskade på stärkelsen. Detta kallade man för evidensbaserade kostråd [2].

Vi har nu problemet att typ 2-diabetikerna ligger väldigt dåligt i sitt blodsocker, de är överviktiga, och de får hjärtsjukdomar, stroke och benkärlsjukdomar, viket ger fotsår och orsakar amputationer. De har ätit både socker och stärkelse enligt de gällande kostråden.

Som läkare har vi ansvar för behandlingen av våra sjuka patienter. Vårt främsta moraliska ansvar är patienternas hälsa. När nu fler och fler läkare inser att den kolhydratrika kosten inte främjar deras diabetespatienters hälsoparametrar, utan tvärtom försämrar dem [3–7], är det logiskt att vi rekommenderar en kost med mindre kolhydrater och i stället något mera protein och avsevärt större andel fett, än de gällande kostråden anger.

Det finns ingen övertygande forskning som visar att det skulle vara riskfyllt att äta så. Tvärtom visar många studier, t ex Jörgen Vesti Nielsens Karlskronastudie att diabetikerna blir mycket friskare om de äter kolhydratsnäla. Modernare översiktsartiklar menar att det nu finns belägg för att kostråden är säkra på minst ett halvårs sikt och att riskerna varit överdrivna [8, 9]. Vissa direktrekommendationer för diabeteskost [10], skrivna senare än de kostråd Larsson refererat [11], har redan börjat minska kolhydratandelen. Vidare referenser finns där.

Vi kan inte låta våra patienter bli ännu sjukare än de redan är på grund av kostetablissemangets prestigefyllda motstånd mot att ändra kostråden. Vi har inte tid att vänta tills professorer och dietister finner för gott att ändra sina råd. Situationen är akut för våra diabetespatienter.

Därför måste vi ta oss friheten att ge kolhydratsnäla kostråd till våra diabetiker. För de patienter som minskat i vikt, förbättrat sina blodfettvärden, normaliserat sitt blodsocker, förbättrat sin insulin känslighet och minskat sin medicinering, i enlighet med erfarenheter från studier [8, 9, 12, 13], förväntar vi oss att dietister och kostexperter tar sitt ansvar och övertygar oss och patienterna om det kloka i att gå tillbaka till den kost som inte fungerat då halvåret är till ända.

Annika Dahlqvist
distriktsläkare,
Njurunda vårdcentral
annika.dahlqvist@lvn.se

Replik:

De långsiktiga hälsofördelarna med lågkolhydratkost återstår att belägga

Det finns numera många experimentella korttidsstudier publicerade i värre-nommerade tidskrifter som testat lågkolhydratkost i viktminskningssyfte och dess eventuella påverkan på diabetes- och kardiovaskulära riskfaktorer [1–6]. Resultaten är samstämmiga: lågkolhydratkost reducerar vikten genom minskat energiintag och därmed förbättras diabetes- och kardiovaskulära riskfaktorer jämfört med kontrollkost.

Experimentella studier med hög kontroll på intaget hos varje studiedeltagare är en sak, att ge rekommendationer till patientgrupper att följa över lång tid, mer eller mindre på egen hand, är dock en helt annan.

Kennedy och medarbetare konkluderar i sin översiktsartikel att lågkolhydratkost inte bör vara förstahandsval vid kostbehandling av typ 2-diabetes, ej heller ersätta de evidensbaserade riktlinjer som används i kliniken [7]. Astrup och medarbetare menar att långtidsstudier saknas när det gäller effekter på nutritionsstatus och kroppssammansättning, var-

REFERENSER

1. Taubes G. The soft science of dietary fat. *Science* 2001;291:2536–45.
3. Coulston AM, Hollenbeck CB, Swislocki AL, Chen YD, Reaven GM. Deleterious metabolic effects of high-carbohydrate, sucrose-containing diets in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Med* 1987;82:213–20.
8. Astrup A, Larsen TM, Harper A. Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? *Lancet* 2004;364:897–9.
9. Kennedy RL, Chokkalingam K, Farshchi HR. Nutrition in patients with Type 2 diabetes: are low-carbohydrate diets effective, safe or desirable? *Diabet Med* 2005;22:821–32.
10. Joslin Diabetes Center & Joslin Clinic. Clinical nutrition guideline for overweight or obese adults with type 2 diabetes, prediabetes or at high risk for developing type 2 diabetes. https://diabetesmanagement.joslin.org/Guidelines/Nutrition_ClinGuide.pdf

Läs mer Fullständig referenslista
<http://tarkiv.lakartidningen.se>

folkningen. Så visst finns det anledningar till varför vi blir fetare, men det beror inte på någon presumtiv fettskräck som Dahlqvist hävdar.

Flera typer av kost med olika sammansättning av makronutrientier kan på kort sikt ge betydande viktninskning. Problemet för många patienter med fetma är inte att minska i vikt utan att bibehålla viktninskningen över tid. Dessutom förefaller strategier för viktninskning inte vara fullt så effektiva för att förhindra viktuppgång [12].

De rådande kostrekommendationerna

fungerar om man följer dem, lika väl som att kroppsvikten minskar om energiintaget är mindre än energiomsättningen. Internationellt är forskarna eniga om att det kvarstår att vetenskapligt belägga om lågkolhydratkost har hälsomässiga fördelar i längre perioder än 12 månader jämfört med nuvarande kostrekommendationer.

Ingrid Larsson

klinisk näringsfysiolog, med dr,
sektionen för kroppssammansättning
och metabolism,
obesitasmottagningen/medicin
ingrid.larsson@medfak.gu.se

Elisabet Rothenberg

chefsdiätist, med dr,
sektionen för klinisk nutrition;
båda vid Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg,

REFERENSER

5. Boden G, Sargrad K, Homko C, Mozzoli M, Stein TP. Effect of a low-carbohydrate diet on appetite, blood glucose levels, and insulin resistance in obese patients with type 2 diabetes. *Ann Intern Med* 2005;142:403-11.
6. Sargrad KR, Homko C, Mozzoli M, Boden G. Effect of high protein vs high carbohydrate intake on insulin sensitivity, body weight, hemoglobin A1c, and blood pressure in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 2005;105:573-80.
7. Kennedy RL, Chokkalingam K, Farshchi HR. Nutrition in patients with Type 2 diabetes: are low-carbohydrate diets effective, safe or desirable? *Diabet Med* 2005;22:821-32.
8. Astrup A, Meinert Larsen T, Harper A. Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? *Lancet* 2004;364:897-9.
12. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr* 2001;21:323-41.

Läs mer Fullständig referenslista
<http://tarkiv.lakartidningen.se>.