

Är läkare fria att ge vilka kostråd som helst?

Det är mycket märkligt att se hur företrädare för läkarkåren och andra anammat nya idéer i nutritionsbehandling av patienter med kroniska sjukdomar utan vederbörliga belägg. För dietister är det en självklarhet att även nutritionsbehandling skall bygga på vetenskaplig grund. Vi vill därför också inbjuda till vidare diskussion om yrkesfunktion kopplat till ansvar för nutritionsbehandling.

För Dietisternas riksförbunds (DRF) vetenskapliga råd:



INGRID LARSSON

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

ELISABET ROTHENBERG

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

De så kallade lågkolhydratkosterna, förespråkade av bl a den framlidne kardiologen Robert C Atkins [1] har blivit mycket populära framför allt genom en massiv medial uppmärksamhet. Gemensamt för dessa kostar är att kolhydratintaget kraftigt begränsas (ca 10 energiprocent (E%)) medan det i princip går att äta obegränsat av protein (ca 40 E%) och fett (ca 50 E%). Denna fördelning av de energigivande näringsämnen skiljer sig avsevärt från dels de rådande nordiska näringsrekommendationerna (NNR) (ca 55 E% kolhydrat, ca 15 E% protein och ca 30 E% fett) [2], dels från de nyligen uppdaterade näringsrekommendationerna för behandling och prevention av diabetes från Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) med ungefär samma fördelning av de energigivande näringsämnen som i NNR [3].

Under det senaste året har företrädare för läkarkåren [4, 5] och andra [6] börjat rekommendera lågkolhydratkost till patienter med fetma och typ 2-diabetes. De anser att lågkolhydratkost bör rekommenderas till alla patienter med typ 2-diabetes och fetma, men finns det idag vetenskapliga belägg som styrker detta?

Studier av lågkolhydratkost

Flera interventionsstudier med lågkolhydratkost pekar på att viktneidgång [7-10] och metabol kontroll hos typ 2-diabetiker [9, 10] beror på graden av energireduktion och inte på begränsning av kolhydratintaget. Dessutom kunde inte Sargrad och medarbetare påvisa några skillnader i metabol kontroll hos typ 2-diabetiker som fick lågkolhydratkost

jämfört med dem som fick högkolhydratkost [10].

Två av studierna visade att lågkolhydratkost ledde till större viktminskning än lågfettkosten vid 6 månader men att denna skillnad inte kunde påvisas efter 12 månader [7, 8]. Då både fetma och typ 2-diabetes är kroniska sjukdomar ter sig lågkolhydratkosten inte mer effektiv än energireducerad kost med begränsat fettintag i behandling av dessa sjukdomar. Studierna av Boden och medarbetare och Sargrad och medarbetare varade i 3 [9] respektive 8 [10] veckor. Man konkluderade att långtidseffekterna av lågkolhydratkost är osäkra och måste studeras vidare [9].

Därtill har flera översiktartiklar kommit till samma slutsats: viktminskning genom lågkolhydratkost medieras via minskat energiintag och inte genom kolhydratreduktion per se [11-13]. Dansinger och medarbetare visade i en randomiserad studie att riskreduktionen för hjärtsjukdom inte skiljde sig mellan fyra populära dieter [14].

Hur kan fettrik kost ge viktminskning?

Hur kan då kost med högt fettinnehåll ändå ge en viss viktreduktion? En anledning kan vara att livsmedelsvalet begränsas som sin tur kan leda till att man äter mindre mängd mat. En annan anledning kan vara att en kraftig reduktion av kolhydratintaget reducerar glykogendepåerna, varvid glykogenbundet vatten frigörs och utsöndras. Vidare är lågkolhydratkosten ketogen vilket kan medföra sänkt aptit. Ytterligare en anledning är att det höga proteininnehållet kan vara mättande i sig, och därmed verka dämpande på energiintaget.

Trots detta har studieresultaten hittills inte kunnat påvisa några fördelar med lågkolhydratkost framför den kostbehandling som idag är praxis vid behandling av typ 2-diabetes och fetma. Därtill behandlas fettkvalitet ytterst summariskt i principerna för lågkolhydratkost, något som är av stor betydelse vid långtidsbruk av denna kost.

Rekommendationer om både typ av

fetter och kolhydrater är tydliga och poängteras i nuvarande riktlinjer [2, 3]. Dessutom saknas data för hur långtidsanvändning av lågkolhydratkost kan påverka risken för ytterligare sjuklighet. Således, för att uppnå viktneidgång samt förbättrad metabol kontroll hos överviktiga typ 2-diabetiker är och förblir en negativ energibalans ofrånkomlig oberoende av kostens sammansättning av de energigivande näringsämnen.

Diskussion om nutritionsbehandling

Mot denna bakgrund är det mycket märkligt att se hur företrädare för läkarkåren [4, 5] och andra [6] anammat nya idéer i nutritionsbehandling av patienter med kroniska sjukdomar utan vederbörliga belägg.

Att vetenskapliga doktriner ständigt ifrågasätts och nya rön leder till omprövning av tidigare rekommendationer tillhör den nödvändiga dynamiken inom medicinsk utveckling. Men det förutsätter att grunden för nya idéer är så solid att gamla rekommendationer kan överges till förmån för nya i konsensus. Skälet härtill är etiskt och enkelt. Det gäller att göra nytta för, inte skada patienten. Kravet att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet [15] gäller samtliga utövare av hälso- och sjukvård. Vi finner det därför mycket anmärkningsvärt när företrädare för läkarkåren gör avsteg från denna viktiga princip.

I detta inlägg har vi valt att diskutera lågkolhydratkost specifikt då denna rönt stor medial uppmärksamhet. Råd utan grund i vetenskap och/eller beprövad erfarenhet kring mat och näring givna av läkare är tyvärr ett mer generellt problem än så. För dietister är det en självklarhet att nutritionsbehandling, liksom all annan medicinsk behandling, skall bygga på vetenskaplig grund [16].

Vi ser det som vår uppgift att bedriva denna behandling i samarbete med patientansvariga läkare så att patienten, med dagens kunskap, får bästa möjliga behandling. Med detta debattinlägg vill vi därför också inbjuda till vidare diskussion om yrkesfunktion kopplat till ansvar för nutritionsbehandling.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser



I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://tarkiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista