this study shows«, sammanfattas: »... there is still only limited and incon-clusive evidence of the effects of modification of total, saturated, monounsaturated, or polyunsaturated fats on cardiovascular morbidity and mortality« [56].

Den enda nyare studie som Marcus och medförfattare refererar, WHI, är den överlägset största på området. Inte heller den visade någon minskad hjärtsjukdom av minskat intag av fett samt mättat fett [55]. Bland kvinnorna som var hjärtsjuka vid studiens början sågs tvärtom ökad risk för hjärtinfarkt i lågfettgruppen [57].

Sammanfattningsvis ses inget övertygande samband mellan intag av mättat fett och hjärtsjukdom i interventionsstudierna. Marcus och medarbetare framkallar ett imaginärt samband genom att upprepat peka på samband i subgrupper, eller till och med trender i subgrupper, utan att nämna hela slutsatsen av den aktuella studien eller metaanalysen.

De avfärdar alltså på tveksamma grunder Socialstyrelsens och American Diabetes Associations bedömning att lågkolhydratkost kan ha en plats vid behandling av övervikt och diabetes typ 2. Särskilt anmärkningsvärt är det att författarnas slutsatser i ett antal fall inte stöds av deras referenser. Då både Claude Marcus och andreförfattaren Göran Hallmans uppger ett flertal jävsintressen i frågan finns ytterligare anledning för dem att i framtiden vara noggrannare vid citering av litteraturen.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

3. American Diabetes Association, Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, Franz MJ, et al. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2008;31 Suppl 1:S61-78.
8. Yancy WS Jr, Olsen MK, Guyton JR, Bakst RP, Westman EC. A low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2004; 140:769-77.
13. Thomas DE, Elliott EJ, Baur L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD005105.
14. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, McGuckin BG, Brill C, Mohammed BS, et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. N Engl J Med. 2003;348:2082-90.
15. Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S, Kim S, Stafford RS, Balise RR, et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight Loss Study: a randomized trial. JAMA. 2007;297:969-77.
22. 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.
25. Nielsen JV, Joensson EA. Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes: stable improvement of bodyweight and glycemic control during 44 months follow-up. Nutr Metab (Lond). 2008;5:14.
31. Berglund G, Nilsson PM, Leosdottír M. Fettintag och kardiovaskulär hälsa – är vi helt felinformerade? Läkartidningen. 2007;104:3780-7.
55. Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick ML, Wassertheil-Smoller S, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease. JAMA. 2006;295:655-66.
56. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JPT, Thompson RL, Capps NE, Smith GD, et al. Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. BMJ. 2001;322:757-63.

LÄS MER *Fullständig referenslista http://ltarkiv.lakartidningen.se*

REPLIK:

Ett inlägg ägnat att förvirra

Våra synpunkter, som har stöd inom svensk kostexpertis, går helt i linje med internationella organisationers riktlinjer, även om Eenfeldt vill låta påskina något annat, svarar Claude Marcus och medförfattare.

Vi har tidigare belyst det vetenskapliga underlaget för lågkolhydratkost (Läkartidningen 24–25/2008, sidorna 1864-6). Lågkolhydratkost är inte prövad långsiktigt, och denna kost kan innebära hälsorisker. Eenfeldt ifrågasätter nu delar av vår kritik av lågkolhydratkost.

Eenfeldt plockar i sin kommentar till vår analys påståenden ur sina sammanhang. Hans inlägg verkar snarare tillkommet för att förvirra läsaren än för att klargöra det vetenskapliga underlaget för hans egen uppfattning. Den tekniken brukar kallas »som fan läser bibeln«. Vi reder här ut begreppen på strikt vetenskaplig grund.

Som vi skrivit tidigare är viktnedgång, oavsett metod, gynnsam för individer med fetma och typ 2-diabetes. Därför är lågkolhydratkost okontroversiell för korttidsbehandling av fetma. Det finns också ett vetenskapligt stöd för att metoden i varje fall inte är sämre än andra viktnedgångsmetoder. Observera att det befintliga vetenskapliga stödet gäller kost med måttlig sänkning av kolhydratinnehållet – den extremkost som Eenfeldt tycks försvara har faktiskt aldrig blivit vetenskapligt prövad. Vi refererar därför till den enda studien där långtidseffekten av extrem lågkolhydratkost blivit undersökt, och där finner man patologisk utveckling av blodlipiderna (Eenfeldts referens 19). Att endast 40 procent av barnen kunde fullfölja epilepsidieten gör inte resultaten mindre oroande.

Det finns inga långtidsstudier med lågkolhydratdiet. Eenfeldt väljer därför att ifrågasätta om just lågfettdelen har någon betydelse i de långtidsstudier som visar gynnsamma effekter av kombinationen lite fett + mycket fibrer + fysisk aktivitet. I de studier som Eenfeldt refererar till är det visat i multivariatanalyser att effekten på vikt kvarstår om man justerar för fysisk aktivitet – något som Eenfeldt rimligen noterat när han läst artiklarna. Det finns dessutom all anledning att acceptera konceptet som helhet, eftersom även fysisk aktivitet har många andra positiva effekter för hälsan.

Eenfeldt blandar ihop begreppen insulinkänslighet och insulinbehov. Viktnedgång, oavsett hur den sker, leder till ökad insulinkänslighet, vilket är gynnsamt från diabetessynpunkt. Minskat insulinbehov på grund av minskat kolhydratintag är däremot inte ett tecken på förbättrad diabetessjukdom, lika lite som minskat insulinbehov i samband med maginfluensa är det. Ett minskat insulinbehov är därför inte liktydigt med en ökad insulinkänslighet. Ett ökat fettintag leder till ökad insulinresistens, och vi refererar i vår tidigare artikel även till mekanistiska studier, som visar varför det är så.

Eenfeldt citerar en mening ur den översikt vi refererar till (hans referens 29) som tycks visa att mättat fett inte är relaterat till insulinresistens, utan att nämna att författarna därefter redovisar varför

de diskuterade artiklarna inte är vetenskapligt godtagbara. I denna artikel redogör författarna för det vetenskapliga underlaget för sambandet mellan fettintag och insulinresistens. Författarna drar sedan slutsatsen att det behövs mer forskning för att differentiera hur olika typer av fett påverkar insulinresistens.

Den studie som Eenfeldt refererar till (hans referens 22), som visar att lågkolhydratkost har gynnsam effekt på insulinkänslighet, är en okontrollerad studie på tio individer under tre veckor, där det inte heller går att utvärdera i vilken utsträckning den gynnsamma effekten av viktnedgång maskerar den negativa effekten av ökat fettintag.

Vi hyser en stor oro för långtidsbehandling med lågkolhydratkost för viktstabila individer. Detta beror på de ökade hälsoriskerna som ett högt intag av animaliskt protein, lågt intag av kostfiber, grönsaker och frukt samt ett högt intag av mättat fett innebär. Eenfeldt väljer att inte kommentera de två förstnämnda hälsoriskerna, varför vi här hänvisar till vår tidigare artikel.

»Beträffande effekterna av mättat fett och risk för kardio- vaskulär sjukdom väljer Eenfeldt igen att rycka ut en enda mening ur en översiktsartikel ...«

Beträffande effekterna av mättat fett och risk för kardio- vaskulär sjukdom väljer Eenfeldt igen att rycka ut en enda mening ur en översiktsartikel (hans referens 56). I denna studie visar man en linjär minskning av risken för hjärt-händelser över tid när man minskat intaget av mättat fett, och att minskat intag av mättat fett över en period av minst två år innebar 24 procents reduktion av antalet hjärthändelser (0,76, CI: 0,65–0,90). Har det undgått Eenfeldt?

WHI-studien lyckades inte med sin målsättning att minska fettintaget till <20 energiprocent fett; därmed kunde inte heller uppställda hypoteser utvärderas. Det finns därför all anledning att titta på subgrupper, vilket studiens storlek tillåter. Dessa stöder att mättat fett är farligt. Detta, liksom andra stora studier som styrker sambandet mellan mättat fett, LDL-kolesterol och kardiovaskulär sjukdom, redovisas i vår tidigare artikel.

Eenfeldt hänvisar till American Diabetes Associations riktlinjer, och även här krävs en korrigering. Lågkolhydratkost (dock inte den extremkost som egentligen diskuteras) för viktnedgång rekommenderas av ADA för högst ett år med *kontinuerlig övervakning av blodlipider och njurfunktion;* inget för egenbehandling således. För individer med risk att utveckla diabetes rekommenderas lågt fettintag (evidensgrad A) samt högt kostfiberintag. För sekundärprevention rekommenderas kostvanor som inkluderar kolhydrater från frukt, grönsaker, fullkornsprodukter och lättmjölk (evidensgrad B).

Våra synpunkter, som har stöd inom svensk kostexpertis, går således även helt i linje med internationella organisationers riktlinjer, även om Eenfeldt vill låta påskina något annat.

Claude Marcus
professor, Karolinska institutet,
Claude.Marcus@ki.se

Göran Hallmans
professor, Umeå universitet

Gunnar Johansson
professor,
Statens folkhälsoinstitut

Elisabet Rothenberg
med dr, ordförande, Dietisternas riksorganisation

Stephan Rössner
professor, Karolinska institutet

Montera inte ned förlossningsvården

Förlossningstalens nivå i Stockholms län har ökat till de högsta sedan efterkrigstiden. Stockholms läns landsting inför fri etablering inom förlossningsvården för att lösa platsbristen [1].

Organisationen av Sveriges mödrahälsovård har medfört att landet redan år 1900 hade en mödradödlighet på 200 per 100 000 förlossningar, som av Världshälsoorganisationen (WHO) i dag beteckna som låg. Ett mödrahälsovårdsprogram – kostnadsfritt sedan 1938 – som följs av samtliga blivande föräldrar, etablerade vårdkedjor mellan öppen- och slutenvård, centralisering av förlossningsvården och utveckling av den neonatala intensivvården har medfört att vi i dag har världens lägsta siffror för mödradödlighet och spädbarnsdödlighet [2, 3].

En säker förlossningsvård förutsätter ett välfungerande samarbete med öppenvårdens mödrahälsovård och slutenvårdens neonatala intensivvård, anestesi- och operationsenheter.

Ett fritt etablerande av förlossningsenheter utan medicinskt säkert och väl organiserat samarbete med mödrahälsovård, neonatal intensivvård, anestesi och operation ökar riskerna för det nyfödda barnet och föräldrarna. Mödradödlighet och spädbarnsdödlighet riskerar att öka [2].

»Montera inte ned en världsunik förlossningsvård mot befintlig evidens och bättre vetande.«

Konkurrerande vårdenheter ökar också sjukvårdskostnaderna. Publicerade rapporter om professionens respektive marknadens inverkan på sjukvårdens ekonomi har visat att privatisering och konkurrens inom sjukvården har motsatta effekter gentemot industriell produktion. Faktorer som visades reducera kostnaderna inom sjukvården var central allokering av personal och teknologi. Togs den centrala kontrollen bort ökade kostnaderna [4].

Montera inte ned en världsunik förlossningsvård mot befintlig evidens och bättre vetande. Utveckla och förbättra istället de befintliga mödra-hälso-, förlossnings- och barnavårdsenheterna.

Ylva Vladic Stjernholm
förlossningsöverläkare, med dr,
kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
ylva.vladic-stjernholm@karolinska.se

REFERENSER

1. Remissunderlag – Auktorisering av förlossningsvård/vårdval inom Stockholms läns landsting. Kontaktperson Anders Olsson; e-post: anders.olsson@sll.se
2. Lindberg B. Svensk kvinnosjukvård under ett sekel [1904–2004]. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2004.
3. http://www.euro.who.int/HFADB
4. Lind J. Amerikansk sociolog om svensk sjukvårdsdebatt. Varför denna plötsliga tilltro till »marknaden«. Anders Milton i kommentar: Vi vill stärka patientens ställning (rep). Läkartidningen 1993;90: 3163-7.