

i PET diskuterer jeg i lederen ulike momenter ved metodevurdering av bilde-diagnostikk. Jeg mener slik metodevurdering er helt nødvendig, men det må skje etter andre kriterier enn det som er gjort i SMM-rapport nr. 6/2003 (2).

Det må være en selvfølge at et kunnskapssenter kan presentere en gjennomtenkt og differensiert holdning til hvordan ulike deler av medisinsk virksomhet skal metodevurderes. Både behandlingsmetoder og diagnostiske metoder til ulike pasientgrupper er preget av store individuelle forskjeller som gjør at man ikke kan møte dem med sjablongmessige dokumentasjonskrav.

Verken i SMMs metodebok (3), i SMM-rapport nr. 6/2003 eller i innlegget over er jeg i stand til å finne noen sammenhengende begrunnelse for det stadig gjentatte krav om at bildediagnostikk skal metodevurderes etter de samme kriterier som nye behandlingsformer. Mangelen på gjennomtenkning og begrunnelse står i skarp kontrast til de mange godt begrunnede standpunkter man finner ellers i SMMs metodebok.

Paradoksalt nok er medisinsk metodevurdering en av de nye metoder i vårt helsevesen som vil ha størst vansker med å oppfylle standardiserte krav om dokumenterte resultater i form av «kliniske effekter» eller «klinisk nytteverdi» i godt kontrollerte, helst randomiserte, studier. Dette er selvsagt ikke noe argument for å stanse denne virksomheten, men er en god illustrasjon på hvor galt det kan gå hvis man bare overfører prinsipper for metodevurdering fra ett fagområde til et annet.

Skal synspunkter fra kunnskapssenteret/SMM bli tillagt vekt ved fremtidig evaluering av PET, bør man slutte å publisere rapporter med kun én SMM-intern forfatter uten faglig bakgrunn innen det området som evalueres (2).

Man bør utarbeide en egen ny, gjennomtenkt begrunnelse for valg av endepunkter og litteraturvurdering ved evaluering av bildediagnostikk, basert bl.a. på de forhold som er omtalt i min leder (1). I en slik prosess, og ved en ny PET-evaluering, bør man trekke inn personer med betydelig faglig tyngde innenfor den diagnostiske metode som vurderes og personer med stor erfaring i å treffe kliniske beslutninger basert på bildediagnostikk.

#### Baard-Christian Schem

Kreftavdelingen  
Haukeland Universitetssykehus

#### Litteratur

1. Schem B-C. Ny teknologi – vanskelig evaluering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1075.
2. Positronemisjonstomografi (PET) – diagnostisk og klinisk nytteverdi. Formidling av internasjonale metodevurderinger 2001–2003. SMM-rapport nr. 6/2003. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2003.
3. <http://www.kunnskapssenteret.no/smm/>

## Ubalansert kritikk av kornprodukter

Iver Mysterud & Dag Viljen Poleszynski drøftet i Tidsskriftet nr. 9/2004 blant annet kornprodukters betydning for human helse (1). Forfatterne begår etter min mening en feil når de lister opp mulige negative følger av inntak av kornprodukter uten å nevne at et høyt inntak av grove kornprodukter i store epidemiologiske studier er sterkt forbundet med redusert risiko for en rekke alvorlige sykdommer (2, 3). Artikkelen er derfor ensidig negativ og ubalansert.

I flere kulturer er inntaket av brød svært høyt samtidig som helsetilstanden er meget god. Et slikt eksempel er den klassiske middelhavsdietten, representert ved den kretiske varianten. Det er sterke holdepunkter for å tro at den ekstremt lave forekomsten av koronar hjertesykdom på Kreta skyldes et svært sunt kosthold med mye umettet fett (olivenolje og fett fra planter og snegler), frukt, grønt og grove kornprodukter.

Kretiske menn spiste i 1960 i gjennomsnitt 380 g brød per dag (tilsvarende ti brødskiver), i 1988 var inntaket sunket til 115 g (tilsvarende tre brødskiver). I 1960 spiste kretiske menn i gjennomsnitt 35 g kjøtt per dag, i 1988 91 g per dag (4). Samtidig med denne kostendringen (i retning av steinalderdietten) har det vært en sterk økning i forekomsten av hjerte- og karsykdommer på Kreta (5). Assosiasjonen er ikke nødvendigvis kausal, men den er interessant.

Norske ernæringsmyndigheter har i årevis anbefalt daglig inntak av grove kornprodukter. Dette rådet samsvarer godt med den «nye» kostholdspyramiden som er utviklet av Walter Willett og medarbeidere ved Harvard-universitetet, der inntak av grove kornprodukter til de fleste måltider utgjør en viktig del av selve basisen i pyramiden (6).

#### John Roger Andersen

Høgskulen i Sogn og Fjordane

#### Litteratur

1. Mysterud I, Poleszynski DV. Evolusjon, kosthold og livsstil. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1260–2.
2. Slavin JL, Jacobs D, Marquart L et al. The role of whole grains in disease prevention. J Am Diet Assoc 2001; 101: 780–5.
3. Jacobs DR jr., Meyer HE, Solvoll K. Reduced mortality among whole grain bread eaters in men and women in the Norwegian County Study. Eur J Clin Nutr 2001; 55: 137–43.
4. Kafatos A, Kouroumalis I, Vlachonikolis I et al. Coronary-heart-disease risk-factor status of the Cretan urban population in the 1980s. Am J Clin Nutr 1991; 54: 591–8.
5. Voukiklaris GE, Kafatos A, Dontas AS. Changing prevalence of coronary heart disease risk factors and cardiovascular diseases in men of a rural area of Crete from 1960 to 1991. Angiology 1996; 47: 43–9.
6. Harvard School of Public Health. Nutrition book author rebuilds USDA Food Pyramid. <http://www.hsph.harvard.edu/now/aug24/> (12.5.2004).

## I. Mysterud & D.V. Poleszynski svarer:

John Roger Andersen mener at vår kronikk var «ensidig negativ og ubalansert», men vi kunne gått mye lenger i kritikken av korn som hovedmatvare for mennesker, basert på omfattende dokumentasjon (1–5).

Andersen finner koblingen mellom redusert korninntak og økt kjøttinntak og økt forekomst av hjerte- og karsykdommer hos menn på Kreta i årene 1960–88 interessant. Evolusjonært kan kostholdsendringer bort fra det mennesket har spist i årtusener (kjøtt, fisk, nøtter, bær, grønnsaker), forventes å øke forekomsten av sivilisasjonssykdommer. Derfor er korrelasjonen mellom kjøttinntak og hjerte- og karsykdom neppe kausal.

Før 1960 inneholdt Kreta-kostholdet ca. 45 energiprosent fett (mest enumettet og mettet), supplert med grønnsaker, belgfrukter, nøtter, frukt, noe kjøtt (lam, geit, kanin), fjærkre og sjømat. Litt brød av grovmalt mel (bygg, hvete, rug) ble spist til måltidene, ikke som hovedrett.

Negative helsetrender på Kreta kan ses i sammenheng med økt inntak av omega-6-fettsyrer (fra soya, solsikke og mais) og margarin med transfettsyrer. For mye omega-6-fettsyrer er en kjent risikofaktor for hjerte- og karsykdom, og økningen skyldes mindre bruk av olivenolje og smør (sau). Dette har redusert inntaket av mettet og enumettet fett, og bruken av snacks med raffinert hvetemel og margarin, brus, sukkerholdige produkter og raffinert korn har økt sterkt. I Hellas og på Kreta røykes det mer, livet er mer stressende og folk er mindre fysisk aktive. De har dermed fjernet seg fra et kosthold som tidligere var mer i pakt med menneskets genetiske arv.

Deler av anbefalingene til Walter Willett og medarbeidere kan begrunnes evolusjonært, bl.a. at fett ikke anses å være en hovedårsak til overvekt og vektleggingen av lavglykemisk mat. Anbefalingen til hele befolkningen om å spise mer grove kornprodukter er imidlertid ikke evolusjonært begrunnet, i motsetning til andres råd (3, 4). Willetts nye matpyramide representerer likevel et lite, men viktig skritt i riktig retning.

#### Iver Mysterud

Dag Viljen Poleszynski  
Oslo

#### Litteratur

1. Braly J, Hoggan R. Dangerous grains: why gluten cereal grains may be hazardous to your health. New York: Penguin Putman, 2002.
2. Mercola J. The no-grain diet: conquer carbohydrate addiction and stay slim for life. New York: Penguin Putman, 2003.
3. Lindeberg S. Maten och folksjukdomarna – ett evolutionsmedisinsk perspektiv. Stockholm: Studentlitteratur, 2003.
4. Smith MD. Going against the grain. How reducing and avoiding grain can revitalize your health. New York: Contemporary Books, 2002.
5. Manning R. Against the grain. How agriculture has hijacked civilization. New York: North Point Press, 2004.