

Kunskapsprov för dietister DELPROV 1

Datum: 2024-09-20

Tid: 08.00-14.00

Hjälpmiddel: Miniräknare och kladdpapper

Instruktioner

SKRIV DIN KOD I RUTAN LÄNGST UPP TILL HÖGER PÅ VARJE SIDA.

Provet består av 110 frågor där majoriteten av frågorna är flervalsfrågor. Vid flervalsfrågorna är ett svarsalternativ rätt. Läs frågorna noggrant.

Om ett eller flera svarsalternativ är felaktigt ikryssade eller om ett korrekt svar inte är ikryssat ges noll poäng på frågan.

Bilagor finns separat.

DEL 1 Medicinsk terminologi och magtarmkanalens fysiologi
DEL 2 Dietetik med sjukdomslära, kost och folkhälsa samt näringslära
DEL 3 Analys av vetenskaplig artikel

Kravgräns:

För godkänt på delprovet krävs att **88 av frågorna** är korrekt besvarade.

DEL 1



1. Vad innebär begreppet RI?

RI avser behovet hos de flesta i en population

RI avser genomsnittsintaget per dag

RI avser behovet hos hälften i en population

2. Vad betyder ordet Halal?

Ordet representerar det som är tillåtet att äta inom judendomen

Ordet representerar den slakt som troende muslimer utför när djuret slaktas

Ordet representerar det som är tillåtet inom Islam, exempelvis vad som tillåtet att äta

3. AGA är en förkortning som du kan stöta på när du arbetar som dietist på en barnklinik, vad innebär förkortningen?

Barnet har skadats vid förlossningen och har hämmad tillväxt.

Barnets vikt vid födelse är i relation till förväntad vikt för ålder.

Barnets vikt vid födelse är inte i relation till förväntad vikt för ålder.

4. Vad innebär sensibilisering?

Allergi har utvecklats mot något ämne

Vävnad i kroppen blir mer känslig än normalt

En allergisk reaktion mot födoämnen



5. Vilket påstående stämmer med diagnosen ARFID?

- Ätstörning som karaktäriseras av episoder av hetsätning och kompensatoriskt beteende
- Undvikande ätstörning som är kopplad till kroppsuppfattning och önskan om viktminskning
- Selektiv ätstörning som inte är kopplad till kroppsuppfattning och önskan om viktminskning

6. Vad betyder matens termogena effekt?

- Energiförbrukning till följd av digestion och absorption av mat
- Energiförbrukning till följd av minskad absorption av mat
- Den minskade energiförbrukning som ökat matintag medför

7. Vad är ett annat ord/beskrivning av Fenotypiskt kriterium?

- Riskfaktor
- Bakomliggande orsak
- Fysisk skepnad

8. Vad är ett annat ord/beskrivning av Ulceration?

- Sårbildning
- Rodnad
- Bensedbrytning



9. Vad innebär PVK?

- Venkateter som läggs i en central ven i syfte att tillföra infusioner eller läkemedel.
- Venkateter som läggs i en perifer ven i syfte att tillföra infusioner eller läkemedel.
- Venkateter som läggs i en perifer ven i syfte att tillföra enteral nutrition.

10. Vad är ett annat ord/beskrivning av Arytmi?

- Känselbortfall
- Talsvårighet
- Hjärtrubbning

11. Vad får vi veta när vi mäter kvoten av Apolipoproteinerna Apo B/Apo A1?

- Kvoten anger risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom
- Kvoten anger risken att drabbas av cancer
- Kvoten anger risken att drabbas av metabolt syndrom

12. Vad innebär en Sleeve gastrektomi operation?

- Vid operationen kopplas den största delen av magsäcken bort och kvar blir en liten magsäck som kopplas ihop med tunntarmen. Tarmen kopplas sedan ihop med tarmen från den 'gamla' magsäcken.
- Den yttre delen av magsäcken (ca 80 %) opereras bort och kvar blir ett smalt rör. Den nedre magmunnen bevaras vilket leder vidare magsäcksinnehållet till tunntarmen.
- Ett justerbart band alternativt en uppblåsbar anordning placeras runt magsäcken med syfte att minska magsäckens storlek.



13. Vad är ett annat ord/beskrivning av Gerontologi?

Läran om åldrandet

Läran om läkemedel

Läran om tumörer

14. Vad är ett annat ord/beskrivning av Apraxi?

Förlust av muskulatur och kroppsvävnad

Svårigheter att utföra tidigare inlärd motoriska färdigheter

Svårighet att känna igen saker och personer

15. Vad är en korrekt beskrivning av Viskositet?

Beskriver hur lätt- eller trögflytande en vätska är

Beskriver antalet osmotiskt aktiva partiklar i ett ämne

Beskriver fettsammansättningen i kroppen

16. Vad innebär Sepsis?

Förtvining

Blodförgiftning

Andnöd

DEL 1



17. Vad innebär lungemfysem?

- Nervimpulserna från hjärtat hindrar blodtillförseln och leder till kramp i lungorna.
- De små lungblåsorna är skadade och gör det svårt att andas
- Bakterier fäster vid luftvägarnas flimmerhår och orsakar ihållande hosta

18. Vad är ett annat ord/beskrivning av Polyp?

- Onormal vävnadstillväxt
- Tumör som spridit sig till andra organ
- Epitelklädd, falsk förbindelse mellan två hålrum

19. Vad är Peritoneum?

- Nervsystem
- Dialys
- Bukhinna

20. Vad är korrekt beskrivning av Striktur

- Sjuklig förträngning av rörformig anatomisk struktur
- Ärrvävnad efter ett kirurgiskt ingrepp
- Öppning genom en anatomisk vägg

DEL 1



21. Vad är Hepatit?

Bukhinneinflammation

Lunginflammation

Inflammation i levern

22. Vilka två olika typer delas pankreatit upp i?

Symtomatisk och Asymtomatisk

Kronisk och Akut

Typ 1 och Typ 2

23. Vad är en stomi?

En öppning i magen som skapas av den egna tarmen med hjälp av en kirurgisk operation

En fistel som bildat en passage från ett organ till en öppning i bukväggen

En kirurgisk operation som minskar magsäckens storlek

24. Markera det påstående om ventrikeln (magsäcken) som är korrekt.

CCK är ett hormon som påskyndar ventrikeltömningen.

Somatostatin är ett hormon som minskar motiliteten i ventrikeln.

Gastrin är ett hormon som minskar utsöndringen av HCl i ventrikeln.

DEL 1



25. Vad kännetecknar insulinresistens?

- Cellernas förmåga att reagera på insulin är nedsatt
- Cellernas produktion av insulin är nedsatt
- Cellernas förmåga att reagera på insulin är obefintlig

26. För att få en uppfattning om endogen insulinproduktion vid diabetes tar man blodprov och mäter:

- Neuropeptid
- HbA1c
- C-peptid

27. Vilket påstående är korrekt?

- Celiaki debuterar alltid hos barn och unga vuxna
- Celiaki debuterar endast hos personer med nedsatt immunförsvar
- Celiaki kan debutera vid vilken ålder som helst

28. Vilket av nedanstående påstående stämmer överens med förklaring av förkortningen VLBW.

- Mycket låg födelsevikt
- Mycket låg total kroppsvätska (dehydrerad)
- Mycket låg andningsfrekvens

DEL 1



29. Vilket hormon frigörs under amning för att underlätta mjölkproduktionen och utdrivningen av bröstmjök?

Leptin

Prolaktin

Antidiuretiskt hormon (ADH)

30. Sväljningen delas in i olika faser. Vilket av följande är INTE ett korrekt begrepp?

Tracheala fasen

Faryngeala fasen

Esofageala fasen

31. Vad innebär encefalit?

Inflammation i hjärtat

Inflammation i hjärnan

Inflammation i hjärtat

32. Vilket av följande alternativ är ett vanligt symptom vid funktionell dyspepsi?

Steatorré

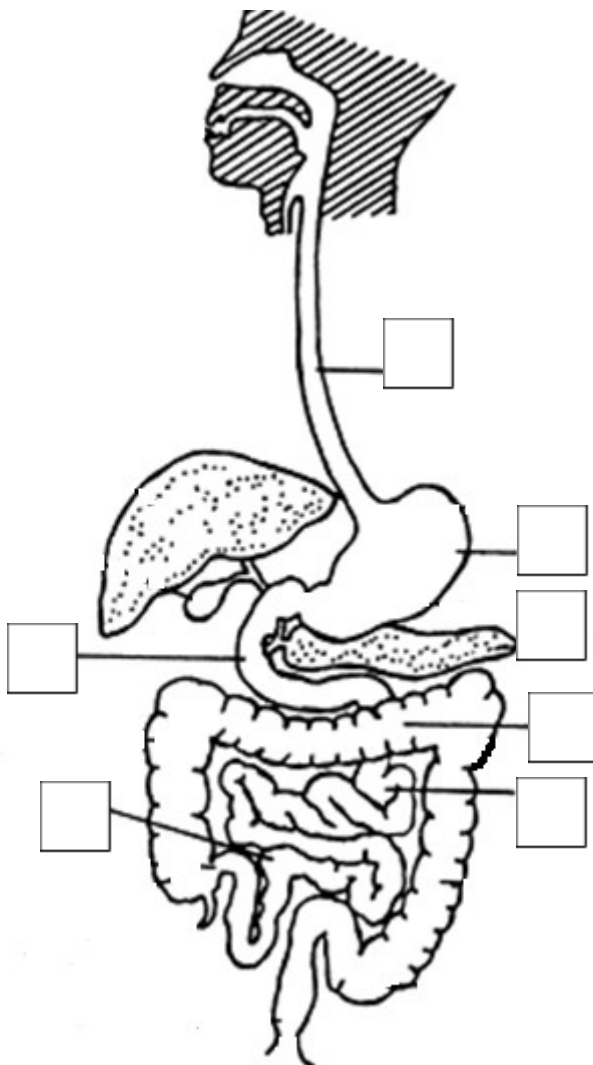
Förstoppning

Svidande smärta i maggropen



33. Skriv rätt siffra i rutan för respektive organ. För godkänt svar krävs att respektive organ har rätt siffra.

1	Colon
2	Jejunum
3	Pankreas
4	Duodenum
5	Ventrikel
6	Esofagus
7	Ileum





34. Vad betyder ortorexi?

Personen har en given diagnos av ätstörning

Personen äter stora mängder mat under kort tid utan någon kontroll av intaget

Personen har en fixering vid att träna och äta hälsosamt

DEL 2



35. Vilket intervall av fleromättat fett rekommenderas i kosten för den vuxna befolkningen enligt nordiska näringsrekommendationer (NNR 2023)?

10-15 E%

5-10 E%

10-20 E%

36. Hur mycket grönsaker, frukt och bär rekommenderas vuxna att äta dagligen enligt nordiska näringsrekommendationer (NNR 2023)?

Minst 400-600 gram

Minst 500-700 gram

Minst 500-800 gram

37. Vilket av följande stämmer överens med Livsmedelsverkets kostråd (baserade på nordiska näringsrekommendationer) om fiskkonsumtion vid graviditet?

Avstå från all fisk och komplettera med tillskott av omega-3

De flesta fiskar går bra att äta, till exempel odlad fisk som lax och inlagd sill

Fet fisk, till exempel lax går bra att äta men undvik mager fisk som exempelvis torsk

38. Vilket av nedanstående livsmedel är en god källa till omega-3 fettsyran alfa-linolensyra?

Smör

Räkor

Rapsolja

DEL 2



39. En matsedel ger 2200 kcal och innehåller 82 gram protein. Hur många energiprocent (E%) utgörs av protein?

11 E%

13 E%

15 E%

40. Vilken av följande grupper rekommenderas av Livsmedelsverket att ta tillskott med D-vitamin?

Barn under 5 år

Barn och vuxna som inte äter fisk

Alla över 65 år

41. Vad av följande är en god källa till folat?

Spenat

Lax

Olivolja

42. Patienten berättar att hon är en hängiven hindu och att det påverkar vad hon äter, vilket livsmedel är det sannolikt att hon väljer att undvika att äta?

Ägg

Nötkött

Syrade grönsaker



43. Vid vilken sjukdom är det betydelsefullt att patienten inte har påbörjat kostbehandling för sjukdomen för att diagnos korrekt ska kunna ställas?

Diabetes typ 1

Parkinson

Celiaki

44. Vilka av följande livsmedel bör reduceras alternativt uteslutas för en patient med laktosintolerans?

Ströbröd

Lagrad hårdost

Gräddfil

45. Vilket av följande livsmedel kan ingå i en laktovegetarisk kost?

Ägg

Mejeriprodukter

Fisk

46. Vilket av följande alternativ beskriver syndromet Anorexia Nervosa?

Sjukdomen karaktäriseras av det centrala symtomet hetsätning tillsammans med återkommande kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt

Personen har ett otillräckligt energiintag i förhållande till behov samt en intensiv rädsla för att gå upp i vikt. Personen har även en störd kroppsuppfattning med avseende på vikt eller form

Personen intar regelbundet/återkommande (under minst en månad) icke-livsmedel dvs ämnen som inte har något energi- och näringsvärde

DEL 2



47. Vilket energibehov stämmer bäst överens med det totala energibehovet för en man, 40 år (vikt 78 kg, längd 184 cm), som har en fysisk aktivitetsnivå (PAL) på 1,8? Använd nedanstående tabell.

2900 kcal

3100 kcal

3300 kcal

NNR6 2023 Appendix 4. Body size and energy requirement estimations.

Table 4. Equations for resting energy expenditure (BEE), adapted from Cloetens & Ellergård (2023).

Age (Years)	BEE
Girls	
<3	$0.127 W + 2.94 H - 1.20$
3–10	$0.0666 W + 0.878 H + 1.46$
11–18	$0.0393 W + 1.04 H + 1.93$
Women	
19–30	$0.0433 W + 2.57 H - 1.180$
31–60	$0.0342W + 2.10 H - 0.0486$
61–70	$0.0356 W + 1.76 H + 0.0448$
>70	$0.0356 W + 1.76 H + 0.0448$
Boys	
<3	$0.118 W + 3.59 H - 1.55$
3–10	$0.0632 W + 1.31 H + 1.28$
11–18	$0.0651 W + 1.11 H + 1.25$
Men	
19–30	$0.0600 W + 1.31 H + 0.473$
31–60	$0.0476 W + 2.26 H - 0.574$
61–70	$0.0478 W + 2.26 H - 1.070$
>70	$0.0478 W + 2.26 H - 1.070$



48. Ett sätt att skatta energibehovet för en patient är att använda sig av "Bedside". Hur skattas energibehovet för en sängbunden medelålders person utan förhöjt behov? Använd nedanstående tabell.

20 kcal/kg/dygn

25 kcal/kg/dygn

35 kcal/kg/dygn

	kJ/kg/dygn	kcal/kg/dygn
Basalmetabolism	85	20
Basalmetabolism + 25% (sängbundna)	105	25
Basalmetabolism + 50% (ej sängbundna)	126	30
Basalmetabolism + 75-100% (återbyggnadskost)	147-168	35-40

Dessa värden korrigeras erfarenhetsmässigt om patienten är:

- Mager (+10%)
- 18-30 år (+10%)
- 70 år (-10%)
- För varje grads temperaturhöjning (+10%)
- Vid övervikt (BMI > 25) kan den kroppsvikt som motsvarar BMI = 25 användas, med tillägg av 25% av den överskjutande vikten.

49. Vilket av följande påståenden om energibehov är sant?

Energiförbehovet minskar vid låg lufttemperatur

Vid vistelse på hög höjd ökar energiförbehovet

När vi har feber minskar energiförbehovet

DEL 2



50. Du träffar en patient som väger 77 kg och är 175 cm lång. Vad är patientens BMI?

23

24

25

51. Du träffar en patient som är 50 år, väger 98 kg och är 178 cm lång. Hur bedömer du patientens BMI?

Normalvikt

Övervikt

Obesitas

52. Du träffar en patient som för en månad sedan vägde 60 kg och idag väger 54 kg. Beräkna patientens viktförlust i %?

10%

12%

14%

53. Vilket av följande instrument är utvecklat för att användas vid nutritionsbedömning av äldre personer?

SGA

NRS

MNA



54. Vilket administreringsätt för sondmatning ska tillämpas vid matning i jejunum?

- Bolusmatning
- Intermittent matning
- Kontinuerlig matning

**55. Hur många kilokalorier innehåller i normalfallet 100 ml standardsondnäring/
originalsondnäring?**

- 50 kcal
- 100 kcal
- 150 kcal

**56. Ungefär hur mycket vatten innehåller en 1000 ml sondnäringspåse som ger 1 kcal
per ml?**

- 660 ml
- 850 ml
- 1000 ml

**57. En patient får hela sitt energi- och näringsbehov tillgodosett via sondmatning.
Patienten besväras sedan några dagar tillbaka av obstipation. Sondmatningen ges i
form av intermittent matning. Vilken av följande åtgärder är relevanta att vidta
med tanke på patientens obstipationsproblematik?**

- Byt till fiberrik sondnäring
- Byt till energirik sondnäring (1,5 kcal per ml)
- Höjd huvudända vid matning



58. Vad kallas den sond som med fördel kan användas på barn med tanke på dess låga profil/närhet till huden?

PEG

Knapp

CVK

59. Vilken typ av sondnäring väljer du i första hand till ett barn på 4 år som behandlas för lymfatisk leukemi?

Fibersondnäring med 1 kcal/ml

Peptidbaserad sondnäring med högt energiinnehåll

Energirik sondnäring avsedd för spädbarn

60. En patient med total parenteral nutrition besväras av illamående. Vilken av följande åtgärder är relevanta att vidta med tanke på patientens illamående?

Sänk infusionshastigheten

Ge insulin

Tillför kalium, magnesium, fosfat intravenöst

61. Vad av nedan stämmer gällande parenteral nutrition?

Välj näringslösningar med hög osmolaritet för perifer infart

Central venkateter är att föredra om den parenterala nutritionen är planerad under lång tid

Parenteral nutrition kan aldrig vara enda nutritionsstöd



62. Kort tid efter uppstart av parenteral nutrition uppvisar en patient snabb viktökning, feber, ökad andningsfrekvens och elektrolytrubbningar. Vad bör man misstänka att detta beror på?

Wasting syndrom

Dumping syndrom

Refeeding syndrom

63. Vilka riskfaktorer beskrivs som centrala vid definitionen av metabolt syndrom?

Insulinresistens, proteinuri och obesitas

Insulinresistens, högt blodtryck och förhöjda triglycerider

Insulinresistens, proteinuri och förhöjda albuminvärden

64. Vad kännetecknar en VLCD (very low calorie diets) -produkt?

Måltidsersättning som tagits fram för att underlätta viktnedgång. Alla mål byts initialt ut till måltidsersättning och efter 8 veckor övergår man till att byta ut en till två måltider per dag.

Kan användas som måltidsersättning, komplett kostersättning, kan ersätta all mat under en begränsad period. Ger ≥ 1200 kcal/dag.

Används som enda energikälla under en begränsad tid, vanligtvis 8–16 veckor. Ger ≤ 800 kcal/dag. Innehåller fullvärdigt protein, essentiella fettsyror, begränsad mängd kolhydrater samt dagsbehov för vitaminer och mineraler.

65. Äldre kan drabbas av pernicios anemi, vad är det?

Behandling av järnbrist med erythropoietin (EPO)

Blodbristsjukdom orsakad av bristande upptag av vitamin B12

Akut blödning till följd av magsår

DEL 2



66. Vilket påstående beskriver bäst innebörden av sarkopeni?

Åldersrelaterad förlust av lukt, smak och hörsel

Åldersrelaterad osteoporos, trötthet och orkeslöshet

Åldersrelaterad förlust av muskelmassa, kraft och funktion

67. Vad kan du som dietist anta att följande patient lider av?

Man, 69 år, diagnos: Stroke

Patienten har problem med hosta vid måltid och hans röst har förändrats.

Dysfagi

Translokation

Neglekt

68. Vad innebär det typiska symtomet rigiditet vid Parkinsons sjukdom?

Försämrad balans

Långsamma rörelser

Stelhet

69. Vad rekommenderar ESPEN gällande enteral näringstillförsel (EN) för personer med demens?

EN bör aldrig initieras vid demens, oavsett stadie av sjukdom

EN kan användas under en begränsad tid vid mild eller måttlig demens, för att överkomma krissituationer med lågt oralt intag

EN bör enbart användas vid svår demens och inget fungerar att äta per os



70. Vid sväljsvårigheter kan maten konsistensanpassas på olika sätt. Vilken av följande beskrivningar karakteriserar en timbalkost?

Slät, mjuk och sammanhållen konsistens

Slät, tunn och lättflytande konsistens

Mjuk och delad i små bitar

71. Patient man 38 år, diagnos HIV/aids, besväras av kroniska diarréer. Vilka kostråd av nedanstående punkter kan bäst bidra till att mildra patientens besvär?

Ät frekventa måltider, välj proteinrika livsmedel, undvik salt och kryddig mat

Begränsa antalet måltider till tre per dag, välj energirika livsmedel, undvik kaffe

Ät små frekventa måltider, Välj vitt ris, vitt bröd, undvik feta och kryddiga livsmedel.
Ät livsmedel innehållande probiotika

72. Vid Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) förekommer ofta perioder då sjukdomen och symtom förvärras. Vad kallas en sådan period?

Abscess

Exacerbation

Obstruktion

73. Patient man 46 år, BMI 24, nyligen diagnosticerad med KOL. Patienten besväras av trötthet och aptitlöshet. Vilket av följande kostråd bör ges till denne patient?

Ät enligt tallriksmodellen och sträva efter att äta frukost, lunch och middag

Välj livsmedel med symbolen Nyckelhålet för att säkerställa att det bästa livsmedelsalternativet används

Välj energitäta maträtter som är enkla att förbereda och som kan värmas upp i mikron

DEL 2



74. Patient man 62 år, BMI 27, nyligen diagnosticerad med lungcancer. Vilket av följande kostråd bör ges till denne patient?

Ät små, frekventa måltider som är energi- och proteinrika

Välj en varierad kost jämnt fördelad över dagen

Öka intaget av fiberrika livsmedel

75. Patienter med minskat antal vita blodkroppar (neutropeni) kan behöva specifika åtgärder för att minska risken för infektion. Vilket av följande är exempel på sådana åtgärder?

Undvik konserverad mat

Undvik opastöriserade produkter

Undvik kött

76. Vilket av följande symtom är mest karaktäristiskt för en patient behandlad med strålbehandling mot huvud-halsområdet?

Mucosit

Hemiplegi

Steatorré

77. Vad av följande är det mest troligt att en person med hyperfosfatemi behöver reducera intaget av?

Avocado

Ost

Vätska



78. Vad innebär cancerkakexi?

- Recidiverande sjukdom där kurativ behandling inte är möjligt
- Kroniska komplikationer relaterade till genomgången strålbehandling
- Förändrad metabolism och försämrad aptit på grund av sjukdomsprocess

79. Vad kan höga värden av urea i blodet tyda på?

- Försämrad njurfunktion
- Depression
- Minskad proteinkonsumtion

80. Patienten med diagnosticerad IBS har på egen hand påbörjat FODMAP behandling, vilka vitaminer och mineraler bör du särskilt uppmärksamma vid ditt första möte med patienten och patientens kostintag?

- B12, Järn, Vitamin A, Biotin, Niacin
- Kalcium, Kalium, Vitamin D, B12, Järn
- Folat, Tiamin, Vitamin B6, Vitamin D, kalcium



81. Vad blir nutritionsordinationen som i första hand rekommenderas till följande patient:

Kvinna, 30 år

Diagnos: Morbus Crohn, aktivt skrov

Vikt: 58 kg, längd: 170 cm

Aktuellt: Patienten lider av anorexi och smärtproblematik. Intar 300 kcal per os.

Kosttillägg ggr 2 á 300 kcal

Enteral nutrition 1500 kcal

Parenteral nutrition 1800 kcal

82. Vilket av följande är ett vanligt patologiskt kännetecken för den inflammation som uppstår vid Morbus Crohn?

Accelererande inflammation

Kontinuerlig inflammation

Segmentell inflammation

83. Vilket påstående stämmer in på sjukdomen Ulcerös kolit?

Transmural inflammation

Inflammation i kolon

Inflammation i hela mag-tarmkanalen

84. Vad av följande bör personer med hemokromatos undvika stort intag av?

Jordnötter

Rött kött

Ris



85. Vad stämmer gällande icke-alkoholorsakad fettleversjukdom (NAFLD)

Kostbehandlas med hjälp av proteinrestriktion

Kan inte utvecklas till cirros

Är ofta kopplad till övervikt

86. Bör en patient som nyligen fått en ileostomi vara extra uppmärksam på vätskeintaget?

Ja, patienten upplever inte törst på samma sätt efter att hen fått en ileostomi och bör därför uppmärksammas på vätskeintaget

Ja, mindre vätska hinner absorberas i tarmen, så därför behövs ett adekvat intag av vätska

Nej, vätskeintaget är inte i fokus, utan det viktiga är att säkerställa viktstabilitet

87. Patienter som genomgått kirurgiska ingrepp i ventrikeln kan drabbas av dumpingsyndrom. Vilken fysiologisk förklaring kan sammankopplas med tidig dumping?

Kirurgiskt avlägsnande av nedre esophaussfinktern orsakar reflux av tarminnehåll

Snabb passage av mat och vätska till tunntarmen ger ökat vätskeinflöde i tarmen

Absorption av stor mängd kolhydrater orsakar insöndring av insulin med påföljande hypoglykemi

88. Brist på ett näringsämne är huvudsakligen sammankopplat som orsak till Megaloblastisk anemi. Vilket?

Protein

Järn

B12



89. Vid vilket av nedanstående tillstånd är insulin av yttersta vikt att tillföra?

Dumping

Ketoacidosis

Gastropares

90. Pojke, 4 år med diagnostiserad diabetes typ 1 sedan 2 år tillbaka. Pojken har nu börjat avvika från sin tillväxtkurva och nyligen tagna blodprov visar lågt järnstatus. Vilken ytterligare diagnos misstänker du att pojken drabbats av?

Celiaki

Cystisk fibros

Komjölksproteinallergi

91. Vilket alternativ av nedanstående livsmedel är alla naturligt glutenfria?

Couscous, Bulgur, Maizena, Ren havre

Bovete, Rismjöl, Quinoa, Ren havre

Kamutvete, Majsmjöl, Mandelmjöl, Ren havre

92. Du träffar en 1-årig flicka för bedömning av tillväxt. Vilken av nedanstående påståenden stämmer in på flickans tillväxtkurva (Bilaga 1)?

Flickan ligger +1SD för kroppslängd vid fem månaders ålder jämfört med vid tre månaders ålder

Flickan har kort kroppslängd i förhållande till sin ålder

Mellan fyra och nio månaders ålder ligger flickan -1SD jämfört med sin ursprungliga viktcurve



93. Som dietist på en vårdcentral träffar du mamma och son (12 år). Pojken väger 58 kg och är 157 cm lång. Vilket alternativ motsvarar pojkens iso-BMI? (Bilaga 2)

Normalvikt

Övervikt

Obesitas

94. Vilket av följande påståenden är korrekt angående bröstmjök?

Bröstmjök innehåller en hög halt kasein

Bröstmjölks flora är rik på *Saccharomyces cerevisiae*

Bröstmjölks laktoshalt är högre än i komjök

95. Vilket av nedanstående påståenden stämmer överens med Livsmedelsverkets råd om små smakprov till spädbarn?

Barn före 4 månaders ålder kan smaka på pyttesmå smakprov av vanlig mat

Tidigast från 4 månaders ålder kan barn smaka på pyttesmå smakprov av vanlig mat

Först vid 6 månaders ålder kan barn smaka på pyttesmå smakprov vanlig mat

96. Du ska beräkna energibehov för en kvinna med cystisk fibros. Vilket av följande är troligast att du behöver ta hänsyn till vid uppskattningen?

Energiförbrukningen är vanligen förhöjd på grund av ökat andningsarbete

Energiförbrukningen är vanligen låg på grund av låg fysisk aktivitet

Energiförbrukningen är vanligen låg på grund av endokrina rubbningar



97. Vilket av följande livsmedel behöver vanligtvis begränsas vid kostbehandling av Fenyلكetonuri (PKU)?

Grapefrukt

Stjärnfrukt

Kikärtor

98. Vilket av följande livsmedel är troligen mest aktuellt att begränsa för en patient som ordinerats ketogen kost?

Räkor

Riskakor

Kokosolja

99. Spädbarn med medfödda hjärtfel kräks ofta, vilka av nedanstående åtgärder föreslår du för att minska kräkningarna?

Peptid- och MCT-baserad sondnäring, flera måltider per dygn, mindre matvolym per måltid

Berikad modersmjölksersättning, mer matvolym per tillfälle, färre måltider per dygn

Bröstmjolk, längre matningstid, mindre matvolym per måltid

100. Patienten besväras av steatorré trots optimerad behandling med pankreasenzym. Vad av nedanstående kan vara aktuellt att tillföra en patient med kronisk pankreatit?

Glutaminsyra

Polysackarider

MCT-fett

DEL 3



I denna del ska du läsa en vetenskaplig artikel och sedan svara på ett antal frågor kring den. Det kan vara bra att läsa igenom frågorna innan du börjar läsa artikeln.

Artikel: Ahmed A, Lager A, Fredlund P, Elinder LS. Consumption of fruit and vegetables and the risk of type 2 diabetes: a 4-year longitudinal study among Swedish adults. J Nutr Sci. 2020 Apr 2;9:e14. **(Bilaga 3)**

101. Vad var det huvudsakliga syftet med studien?

- Att undersöka sambandet mellan en låg frukt- och grönsakskonsumtion och insjuknande i diabetes typ 2
- Att undersöka hur frukt- och grönsakskonsumtion förändras vid insjuknande i diabetes typ 2
- Att undersöka skillnader i frukt- och grönsakskonsumtion bland kvinnor och män med diabetes typ 2

102. Vilken metod användes?

- Fysiska mätningar vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
- Självrapportering via enkät
- 24-timmars kostintervjuer

103. Hur många deltagare inkluderades i analysen?

- 14 718
- 35 307
- 49 421

DEL 3



104. Vilken åldersgrupp var mest representerad i studien?

18–24 år

45–64 år

65 år och äldre

105. Vad var den genomsnittliga konsumtionen av grönsaker per dag?

Mindre än två portioner

2–4 portioner

Mer än 4 portioner

106. Hur såg frukt- och grönsakskonsumtionen ut bland deltagarna?

Kvinnorna åt mer än männen

Männen åt mer än kvinnorna

Män och kvinnor åt ungefär lika mycket

107. Hur många fall av typ 2-diabetes observerades under uppföljningsperioden?

167

319

1000

DEL 3



108. Vad menar författarna var en styrka i studien?

- Grönsakskonsumtionen mättes både vid baseline och uppföljning
- Det gick lång tid mellan baseline och uppföljning
- Deltagargruppen var homogen

109. Vad menar författarna var en svaghet i studien?

- Man missade att fråga om deltagarnas ålder vid insjuknande i diabetes typ 2
- Snedrekrytering ledde till att för få kvinnor deltog i studien
- Risken för felklassificering av antal frukt- och grönsaksportioner

110. Vilka slutsatser drog författarna av studien?

- Högre konsumtion av grönsaker skyddade mot diabetes typ 2 hos män
- Kvinnorna hade en lägre konsumtion av grönsaker än männen
- Fruktkonsumtion skyddade mot diabetes typ 2 hos både män och kvinnor

Personnummer	Efternamn	Förmann	Kön Flicka ♀
--------------	-----------	---------	------------------------

Moder

Vikt kg	Längd cm	Huvudomf cm
---------	----------	-------------

Fader

Vikt kg	Längd cm	Huvudomf cm
---------	----------	-------------

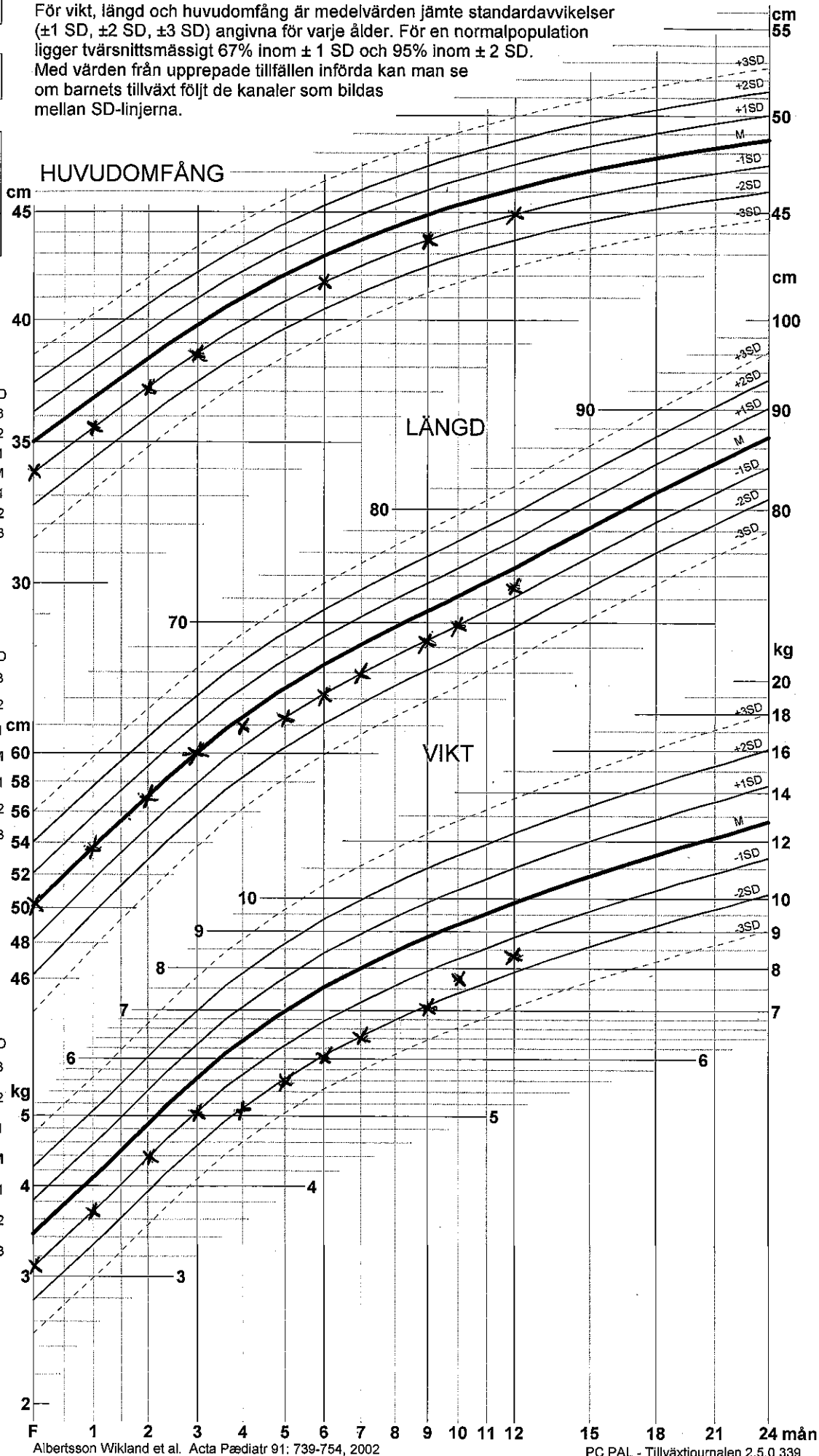
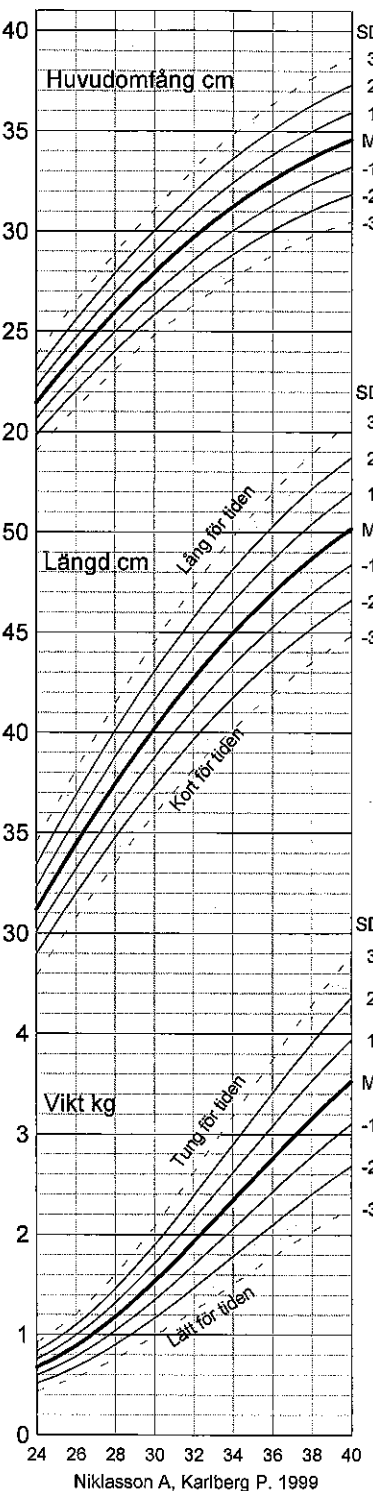
Födelseuppgifter

Graviditetstid, veckor + dagar		
Ålderskorrektin, veckor		
Vikt kg	Längd cm	Huvudomf cm

Prematurkurvor
 För barn födda före graviditetsvecka 37 använd nedanstående kurvor tills barnet är motsvarande 40 veckor. Använd därefter de ordinarie kurvorna med ålderskorrektin för prematuritet.

Tillväxtkurvor

För vikt, längd och huvudomfång är medelvärden jämte standardavvikelser (± 1 SD, ± 2 SD, ± 3 SD) angivna för varje ålder. För en normalpopulation ligger tvärsnittsmässigt 67% inom ± 1 SD och 95% inom ± 2 SD. Med värden från upprepade tillfällen införda kan man se om barnets tillväxt följt de kanaler som bildas mellan SD-linjerna.



Bilaga 2.

Tabell över iso-BMI

Ålder	BMI 25 kg/m ²		BMI 30 kg/m ²	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
(år)				
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30



RESEARCH ARTICLE

Consumption of fruit and vegetables and the risk of type 2 diabetes: a 4-year longitudinal study among Swedish adults

Arif Ahmed^{1,2*}, Anton Lager^{3,4}, Peeter Fredlund^{3,4} and Liselotte Schäfer Elinder^{3,4}

¹Department of Public Health Sciences, Stockholm University, Stockholm, Sweden

²Department of Demography, Stockholm University, Stockholm, Sweden

³Centre for Epidemiology and Community Medicine, Stockholm Region, Stockholm, Sweden

⁴Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

(Received 8 September 2019 – Final revision received 6 March 2020 – Accepted 9 March 2020)

Journal of Nutritional Science (2020), vol. 9, e14, page 1 of 9

doi:10.1017/jns.2020.7

Abstract

A low intake of fruit and vegetables is a significant contributor to the global burden of disease. The aim of this study was to estimate the size of the risk of type 2 diabetes (T2D) of a low intake and to investigate possible sex differences. In this regard, this study used a longitudinal data from the Stockholm Public Health Cohort located in Sweden, collected in 2010 and 2014. The analysis included 14 718 men and 20 589 women aged 25 to 84 years. Fruit and vegetable intake, separately <2 servings/d or combined <4 servings/d (one serving corresponding to 100 g) was set as a cut-point for low intake. The sex difference at baseline was examined. Sex-stratified logistic regression was performed with onset of T2D as the outcome and fruit and vegetable intake at baseline as the exposure with adjustment for other known risk factors. Results indicate that men consumed significantly ($P < 0.001$) less fruit and vegetables compared with women. A 62% higher risk to develop T2D over the 4-year period was observed in men who had low vegetable intake compared with high intake after adjusting for age, education, BMI, smoking, alcohol and physical activity (OR 1.62; 95% CI 1.00, 2.63). In women, a significantly higher risk of T2D was also observed with a low intake of vegetables, but not after adjustment. The present study suggests that higher consumption of vegetables seems to be protective for the onset of T2D in men. Thus, increasing the intake of vegetables in men should be a public health priority.

Key words: Diet: Chronic diseases: Longitudinal studies: Sex differences

Type 2 diabetes (T2D) belongs to the top ten causes of premature death, accounting for 90% of all diabetes cases worldwide⁽¹⁾. The prevalence of T2D was one in eleven adults, meaning 425 million, worldwide in 2017, and accounted for 12% of the world's healthcare costs. Moreover, a rise to 629 million by 2045 in adults aged 20–79 years has been projected. In Sweden, the T2D prevalence is expected to rise from 0.5 million in 2017 to 0.6 million by 2045 in this age group⁽¹⁾, and prevention efforts are therefore called for. T2D is a chronic metabolic disease caused by a combined effect of behavioural factors such as dietary habits and physical activity, and genetic and epigenetic factors^(2,3). In T2D, the body fails

to produce sufficient insulin or becomes resistant to insulin, or both, which results in hyperglycaemia^(1,2).

Risk factors of T2D other than diet include family history of diabetes, overweight and obesity, higher age, low education, smoking, low physical activity and country of birth^(4,5). In all age groups in Sweden, T2D is more prevalent in men than in women⁽⁶⁾ and there is a steep social gradient to the disadvantage of people with low socio-economic status⁽⁷⁾.

About 10% of the disease burden globally is estimated to be caused by unhealthy dietary habits⁽⁶⁾ causing diabetes, CVD and certain cancers. A low intake of fruit and vegetables is among the top five dietary risk factors for chronic diseases

Abbreviations: MET, metabolic equivalent of task; T2D, type 2 diabetes.

* **Corresponding author:** Arif Ahmed, email arif.stat.su@gmail.com



together with a low intake of whole grains, high intake of salt and low intake of nuts and seeds. Fruit, berries and vegetables are rich in fibre, K, antioxidants, folate⁽⁸⁾, minerals, vitamins, bioactive phytochemicals, carotenoids⁽⁹⁾ and polyphenolic compounds⁽¹⁰⁾ which may have beneficial effects on glucose metabolism. Furthermore, fruit and vegetables are rich in dietary fibre, which protects against weight gain⁽¹¹⁾ and high insulin levels⁽¹²⁾. Reviews on the importance of dietary factors in the aetiology of CVD and diabetes have identified ten foods with possible cardiometabolic effects including protective effects of fruits, vegetables, beans/legumes, nuts/seeds, whole grains, fish, and yoghurt; and harmful effects of unprocessed red meats, processed meats and sugar-sweetened beverages⁽¹³⁾. Wu *et al.*⁽¹⁴⁾ performed a dose–response meta-analysis of prospective cohort studies and found that two to three servings/d of vegetables and two servings/d of fruit conferred the lowest risk of T2D. A similar conclusion was drawn by Schwingshackl *et al.*⁽¹⁵⁾ in their meta-analysis. Dietary recommendations concerning fruit and vegetables vary between countries. For example, ≥ 400 g/d are recommended by the WHO and in England, ≥ 500 g/d in Sweden, ≥ 600 g/d in Denmark, ≥ 650 – 750 g/d in Norway, and 640–800 g/d in the USA⁽¹⁶⁾. One serving is approximately equivalent to 100 g.

According to the nationally representative Riksmaten study conducted over the period May 2010–July 2011, the intake of fruits and vegetables in Sweden remains too low. The mean intake level of fruits and berries was 147 and 105 g/d in adult women and men, respectively. Vegetable intake including pulses and roots but excluding potatoes was 182 and 169 g/d in women and men, respectively. The average intake of fruits, berries (including maximum of 100 ml of juice) and vegetables in women and men was 360 g/d (72 % of recommended intake) and 310 g/d (62 % of recommended intake), respectively, with 21 % eating more than 500 g/d⁽¹⁷⁾.

A study on adults from Stockholm County observed an increasing prevalence of T2D (from 2.8 % in 1990 to 4.6 % in 2010) and incidence (from 2.6 per 1000 individuals in 1990 to 4.6 per 1000 individuals in 2010), with a higher incidence among men than women⁽¹⁸⁾. Hereafter the incidence has been around 4.4 per 1000 individuals in Stockholm⁽¹⁹⁾. Along with increasing global prevalence and incidence of diabetes, a doubling of deaths from diabetes during the period 2005 to 2030 has been projected by the WHO⁽²⁰⁾. Death and disability in diabetics is mainly due to CVD⁽²¹⁾. According to the WHO, 80 % of T2D is preventable⁽²²⁾. Effective strategies for the prevention of T2D are physical activity and a healthy diet including a high intake of fruit and vegetables, maintaining a normal body weight and avoiding smoking^(3,23).

The aims of the present study were to: (a) describe the mean baseline consumption of fruit and vegetables in Stockholm County in 2010 in men and women in relation to age, education and BMI; (b) describe the change in mean consumption of fruit and vegetables from 2010 to 2014; and (c) analyse a possible association between the level of consumption of fruit and vegetables and the onset of T2D over a 4-year period in men and women, respectively.

Methods

Ethical consideration

This study was conducted according to the guidelines laid down in the Declaration of Helsinki. Confidentiality of personal information is protected by means of pseudonymisation so that Statistics Sweden has no access to survey data and the Centre for Epidemiology and Community Medicine has no access to information on personal identity. The burden of the subjects is limited to filling in the questionnaire. This study was conducted within the scope of the responsibility of the Centre for Epidemiology and Community Medicine to generate knowledge on public health, disease prevention and health care. Statistical work conducted for these purposes at the Swedish regions and other public authorities are not contingent on ethical research board reviews. All subjects were informed in writing about the purposes with, and the procedures of, the survey and subsequently consented by means of returning the filled-in questionnaire.

Data material

Data were from the Stockholm Public Health Cohort (SPHC), an area-stratified random sample of adults aged 18–84 years. The cohort and the sampling procedure have been described by Svensson *et al.*⁽²⁴⁾. In comparison with Stockholm County census data, cohort members were somewhat more likely to be female, aged 45 years or older, born in Sweden and to have higher education and income. Data used for this study were collected by postal or web-based questionnaire in 2010 (baseline), with a response rate of 56 % and again in 2014 with a response rate of 71 % at follow-up. There were 49 421 respondents who provided information both in 2010 and in 2014.

Respondents below 25 years in 2010 were excluded from the analysis, as the few new cases occurring over the follow-up period would probably include a high proportion of type 1 diabetes. We also excluded individuals with pre-existing disease at baseline such as angina and heart failure which could have affected their health-related behaviours. The analytical sample therefore included respondents aged 25 to 84 years with complete information for all the studied variables and free from self-reported chronic diseases at baseline (2010). Thus, the analysis included 35 307 individuals (14 718 men and 20 589 women).

Assessment of outcome: onset of type 2 diabetes

Diabetes in 2010 and 2014 was assessed with the question ‘Have you received any diagnoses for diabetes from a doctor?’ – ‘yes’ or ‘no’. T2D new cases were identified from the respondents free of T2D at baseline but reporting to have a diabetes diagnosis in 2014.

Assessment of exposures

Three exposures were studied, namely intake of fruit, vegetables, and combined fruit and vegetables in 2010 and 2014. To assess the consumption of (a) fruit and (b) vegetables, the respondents



were asked to estimate how many servings (per month, per week, per d) they consumed over the previous 12 months. The term fruit included fruit and berries (fresh, frozen, preserves, juices, etc.) and 'vegetables' referred to vegetables, leguminous plants, root vegetables (fresh, frozen, preserves, in sauces, etc. – but not potatoes). Fruit intake and vegetable intake were categorised into '<2 servings/d' and '≥2 servings/d', respectively, and named 'low intake' and 'high intake'. The variable combined fruit and vegetable intake was created from the information collected for fruit and vegetable consumption and categorised into '<4 servings/d' and '≥4 servings/d' and named as 'low intake' and 'high intake'.

Assessment of other risk factors

Other established risk factors for T2D included in the analysis were age, education, country of birth, BMI, smoking, alcohol, and physical activity in 2010. A brief description of creation and categorisation of these variables is given below. Age was categorised into three groups ('25–44', '45–64' and '65–84' years) but used as a continuous variable in binary logistic regression analysis. BMI was created by using the self-reported height and weight of the respondents with the formula $BMI = \text{weight (kg)}/\text{height (m)}^2$. BMI was categorised into 'BMI < 25.0 kg/m²', 'overweight (25.0 ≤ BMI < 30.0 kg/m²)' and 'obese (BMI ≥ 30.0 kg/m²)' according to the WHO cut-off points⁽²⁵⁾. Respondents with BMI less than 15.0 and higher than 50.0 kg/m² were excluded to avoid suspected misreporting. Education was recoded as 'basic education' corresponding to 9 years or fewer, 'secondary education' corresponding to 10–12 years of schooling and 'college or university education' – named as 'higher education'. Alcohol consumption was categorised into 'no', 'low', 'medium' and 'high' with different cut-off points for men and women, and those were '0', '>0 to ≤24 g/d', '>24 to ≤60 g/d' and '>60 g/d' for men; and '0', '0 to ≤15.4 g/d', '>15.4 to ≤50 g/d' and '> 50 g/d' for women, respectively⁽⁵⁾. Smoking status was created with the variables ever smoked ('Have you ever smoked as good as daily, for at least 6 months?' Answer with 'yes' or 'no') and current smoking ('Are you currently smoking daily?' Answer with 'yes' or 'no') and categorised into 'never smoked', 'current smoker' and 'former smoker'⁽⁵⁾. Physical activity during the last 12 months was assessed through a combination of the following variables: walking/cycling, exercise, daily activities and/or work, domestic tasks, and sedentary activities. The variable 'MET min/week' was calculated by multiplying the metabolic equivalent of task (MET) value for each activity by time. Next, using the values MET min/week, the individuals were ranked and grouped into tertiles 'low', 'medium' and 'high' physical activity. Country of birth was grouped into 'Sweden' or 'other'. To facilitate the comparison of the results for men and women, the same covariates were used in the analyses for men and women.

Statistical analysis

All analyses were stratified by sex. The descriptive part includes number and percentage of respondents in each category of the variables. In order to test differences in intake

of fruit and vegetables according to sex, age, educational level and BMI, the Mann–Whitney *U* test and the Kruskal–Wallis test were used. In order to test changes in intake over time, paired-sample *t* tests were used. Multivariate logistic regression was used to explore the associations between exposure in 2010 and the binary outcome for onset of T2D^(26,27). Five models were used: an unadjusted model, model 1; model 2 adjusted for weight status (BMI); model 3 adjusted for age and education; model 4 adjusted for age, education and weight status; and model 5 adjusted for the confounders used in model 4 and in addition smoking, alcohol and physical activity. The reference group consisted of individuals who had the lowest level of risk (high intake of fruit and vegetables) and the other groups were compared with that reference group⁽²⁸⁾. Before using binary logistic regression, data were checked for multi-collinearity among the explanatory variables. No multi-collinearity was found as we received variance inflation factor (VIF) <5 for all the independent variables⁽²⁹⁾.

Goodness-of-fit test. Hosmer–Lemeshow's test and area under the receiver operating characteristic (ROC) curve were used to assess whether the estimated model predicted the outcome better compared with the unadjusted model^(30,31).

Sensitivity analysis. A sensitivity analysis was done comparing individuals who lacked information on one or several covariates with those with complete data. For that, logistic regression was used to examine the association between the exposure and the outcome without adjustment for covariates except for age, since age was a strong confounder and had no missing values.

OR with 95% CI were calculated. The level of significance was set at $P < 0.05$. All analyses were performed using IBM SPSS Statistics version 23⁽³²⁾.

Results

Description of the cohort

Descriptive statistics of the cohort are shown in Table 1. Almost half (45.6%) of the respondents were in the age range 45–64 years, and the mean age was 52.5 (SD 13.8) years. Women (54.3%) had a slightly higher level of education than men (51.0%). Almost half (44.8%) of the sample had overweight or obesity (BMI ≥ 25 kg/m²), more men (55.1%) than women (37.5%), while 11.6% of the respondents reported that they did not consume any alcohol. Current or former smoking was reported by 44.0% of the participants. In total, 319 (167 in men and 152 in women) incident cases of T2D were observed during the 4-year follow-up period. The cumulative incidence of T2D was nine per 1000 in this sample over the 4-year period, higher among men (2.75 per 1000 per year) than women (2.25 per 1000 per year) (Table 1).

Consumption of fruit and vegetables

Almost three-quarters of the respondents consumed fewer than two servings of vegetables per d. The proportion of



Table 1. Descriptive statistics of the studied variables in the total sample (*n* 35 307) and stratified for men (*n* 14 718) and women (*n* 20 589) at baseline (2010) and follow-up (2014) (Numbers and percentages)

Variables	2010						2014					
	Total (<i>n</i> 35 307)	%	Men (<i>n</i> 14 718)	%	Women (<i>n</i> 20 589)	%	Total (<i>n</i> 35 307)	%	Men (<i>n</i> 14 718)	%	Women (<i>n</i> 20 589)	%
Vegetable intake												
<2 servings/d	24 515	69.4	11 629	79.0	12 886	62.6	25 721	72.8	12 012	81.6	13 709	66.6
≥2 servings/d	10 792	30.6	3089	21.0	7703	37.4	9586	27.2	2706	18.4	6880	34.4
Fruit intake												
<2 servings/d	24 505	69.4	12 094	82.2	12 411	60.3	26 550	75.2	12 537	85.2	14 013	68.1
≥2 servings/d	10 802	30.6	2624	17.8	8178	39.7	8757	24.8	2181	14.8	6576	31.9
F&V intake												
<4 servings/d	28 123	79.7	13 209	89.7	14 914	72.4	29 746	84.2	13 496	91.7	16 250	78.9
≥4 servings/d	7184	20.3	1509	10.3	5675	27.6	5561	15.8	1222	8.3	4339	21.1
Country of birth												
Sweden	30 958	87.7	13 021	88.5	17 937	87.1						
Others	4349	12.3	1697	11.5	2652	12.9						
Age (years)												
25–44	11 168	31.6	4334	29.4	6834	33.2						
45–64	16 115	45.6	6751	45.9	936	45.5						
65–84	8024	22.7	3633	24.7	4391	21.3						
Education level												
Basic	3325	9.4	1536	10.4	1789	8.7						
Secondary	13 296	37.7	5688	38.6	7608	37.0						
Higher	18 686	52.9	7494	51.0	11 192	54.3						
BMI (kg/m²)												
BMI <25.0	19 489	55.2	6614	44.9	12 875	62.5						
25.0 ≤ BMI <30.0	12 300	34.8	6586	44.7	5714	27.8						
BMI ≥30.0	3518	10.0	1518	10.4	2000	9.7						
Alcohol intake (g/d)												
No	4095	11.6	1375	9.3	2720	13.2						
Low	21 233	60.1	9007	61.2	12 226	59.4						
Medium	9362	26.5	3897	26.5	5465	26.5						
High	617	1.8	439	3.0	178	0.9						
Smoking												
Never smoked	19 797	56.0	8422	57.2	11 375	55.2						
Current smoker	3272	9.3	1203	8.2	2069	10.0						
Former smoker	12 238	34.7	5093	34.6	7145	34.8						
Physical activity												
Low	12 085	34.2	5406	36.7	7034	34.2						
Medium	11 972	33.9	4891	33.2	6942	33.7						
High	11 250	31.9	4421	30.1	6613	32.1						
T2D new cases												
No							34 988	99.1	14 551	98.9	20 437	99.3
Yes							319	0.9	167	1.1	152	0.7

n, Number of respondents with valid data; F&V, fruit and vegetables; T2D, type 2 diabetes.

men and women who consumed fewer than two servings of vegetables per d was 79.0% at baseline and 62.6% at follow-up. Similar results were found for fruit intake for the total sample as well as for men and women separately. Only 20.3% of the individuals consumed four or more servings per d, with about 3-fold difference between men (10.3%) and women (27.6%), and slightly lower proportions at follow-up (Table 1).

The overall mean consumption of fruit was 1.2 (SD 0.8) portions/d, vegetables 1.2 (SD 0.9) portions/d, and combined fruit and vegetables 2.4 (SD 1.4) portions/d. A significantly ($P < 0.001$) lower intake of fruit and vegetables was observed in men compared with women at baseline. The older age group had the lowest consumption of vegetables, while fruit consumption was lowest among the youngest age group. Similarly, low-educated and obese individuals had the lowest consumption of fruit and vegetables (Table 2).

Associations between fruit and vegetable intake and the onset of type 2 diabetes

The unadjusted model revealed that men who had fewer than two servings of vegetables per d were at a significantly higher at risk of developing T2D compared with those whose intake was two or more servings per d (model 1 unadjusted: OR 2.08; 95% CI 1.29, 3.36). This association remained significant even after the adjustment for weight status in model 2 (OR 1.89; 95% CI 1.17, 3.05); in model 3 adjusted for age and education (OR 1.78; 95% CI 1.10, 2.89); in model 4 adjusted for age, education and weight status (OR 1.68; 95% CI 1.04, 2.74); and in fully adjusted model 5 (OR 1.62; 95% CI 1.00, 2.63). The strength of the association between vegetable consumption and the development of T2D in men was reduced by 9.0, 14.4, 19.0 and 22.0% due to the confounding effects in model 2, model 3, model 4 and model 5,



Table 2. Population characteristics based on data for 2010 by mean consumption of fruits, vegetables and fruit and vegetables (F&V) in Swedish adults (n 35 307)
(Mean values and standard deviations)

Covariates	Vegetable consumption (portions/d)			Fruit consumption (portions/d)			F&V consumption (portions/d)		
	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P
Sex									
Male (n 14 718)	0.99	0.69	<0.001*	0.94	0.76	<0.001*	1.93	1.21	<0.001*
Female (n 20 589)	1.30	0.79		1.41	0.96		2.70	1.48	
Age (years)									
25–44 (n 11 168)	1.24	0.79	<0.001†	1.18	0.90	<0.001†	2.42	1.44	<0.001†
45–64 (n 16 115)	1.20	0.77		1.23	0.92		2.42	1.44	
65–84 (n 8024)	1.02	0.69		1.23	0.89		2.25	1.37	
Education level									
Basic (n 3325)	0.91	0.71	<0.001†	1.06	0.88	<0.001†	1.97	1.37	<0.001†
Secondary (n 13 296)	1.07	0.76		1.11	0.89		2.19	1.40	
Higher (n 18 686)	1.29	0.75		1.31	0.91		2.59	1.42	
BMI (kg/m²) in 2010									
BMI < 25.0 (n 19 489)	1.23	0.76	<0.001†	1.27	0.92	<0.001†	2.50	1.43	<0.001†
25.0 ≤ BMI < 30.0 (n 12 300)	1.10	0.75		1.13	0.89		2.23	1.39	
BMI ≥ 30.0 (n 3518)	1.07	0.77		1.10	0.91		2.16	1.44	
Total (n 35 307)	1.17	0.76		1.21	0.91		2.37	1.43	

* Mann–Whitney U test.

† Kruskal–Wallis test.

respectively, relative to the unadjusted model 1. Women who consumed fewer than two servings of vegetables per d had significantly higher risk (OR 1.57; 95 % CI 1.10, 2.24) for the development of T2D during this period than those who consumed two or more servings per d only in the unadjusted model. Furthermore, fruit and combined fruit and vegetable consumption was not associated with the development of T2D either in men or in women (Table 3). Moreover, we tested if there was an interaction effect between low vegetable intake and high BMI, which both were significant predictors of T2D risk. No significant interaction effect was found on T2D risk.

The goodness-of-fit test

The Hosmer and Lemeshow test, $P > 0.05$, and the area under the ROC curve, >0.70 , confirmed that the estimated models predicted the outcome better compared with the unadjusted model (data not shown).

Sensitivity analysis

The sensitivity analysis comparing the results between individuals with complete data (Table 3) and all participants (Table 4) demonstrated no major difference in results due to lack of information on covariates. The level of significance of the associations between fruit and vegetable intake and T2D risk did not change in the larger sample size compared with the smaller sample with complete data on all covariates.

Discussion

Main findings and interpretation

The study aspired to examine the risk of a low intake of fruit and vegetables for future development of T2D in men and

women aged 25 to 84 years living in Stockholm County during the period 2010–2014.

The main finding was that a low intake of vegetables was associated with a significant risk of developing T2D during a 4-year follow-up period in men, but not in women. Only 21 % of men and 37 % of women consumed two or more servings of vegetables per d. As expected, the relative risk decreased considerably in both men and women when adjusting for the confounders age, education, weight status, smoking, alcohol consumption and physical activity. Our findings are compatible with the idea of a safe threshold level of two to three servings of vegetables per d^(14,15). There are several possible explanations for the differential findings in men and women concerning vegetable intake and risk of T2D. First, fewer women than men were found in the low intake category, which reduces the power of the analysis in women. This could explain the weaker association in women, which did not reach statistical significance after adjustment for covariates. Another explanation could be that men in general prefer other types of vegetables than women. A meta-analysis suggested that only root or green leafy vegetables were associated with lower risk of T2D⁽³³⁾. More research is needed to answer this question with detailed assessment of which specific vegetables are consumed by men and women, respectively. Finally, we checked that the differential risk among men and women could have been due to the combined presence of synergistic risk factors such as high BMI (55.1 v. 37.5 % with BMI ≥ 25.0 kg/m² in men v. women), and low vegetable intake (79.0 v. 62.6 % with fewer than two servings/d in men v. women) which was more prevalent in men than in women in our study (Table 1). However, the interaction analysis did not suggest such synergistic effect (results not shown). The small but significant decrease in the average intake of fruit and vegetables from 2010 to 2014 was surprising, because the general consciousness of the health effects of fruit and



Table 3. Association between fruit and vegetable intake and new cases of type 2 diabetes (T2D) among men and women based on logistic regression (*n* 35 307)
(Odds ratios and 95 % confidence intervals)

	T2D new cases									
	Model 1†		Model 2§		Model 3		Model 4¶		Model 5‡‡	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Men (<i>n</i> 14 718)										
Vegetable intake										
≥2 servings/d (ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
<2 servings/d	2.08**	1.29, 3.36	1.89**	1.17, 3.05	1.78*	1.10, 2.89	1.68*	1.04, 2.74	1.62†	1.00, 2.61
Fruit intake										
≥2 servings/d (ref.)	1.00	0.74, 1.70	1.00	0.68, 1.56	1.00	0.74, 1.69	1.00	0.70, 1.61	1.00	0.69, 1.59
<2 servings/d	1.13		1.03		1.12		1.06		1.04	
F&V intake										
≥4 servings/d (ref.)	1.00	0.77, 2.40	1.00	0.69, 2.17	1.00	0.72, 2.26	1.00	0.68, 2.14	1.00	0.66, 2.08
<4 servings/d	1.36		1.22		1.28		1.20		1.17	
Women (<i>n</i> 20 589)										
Vegetable intake										
≥2 servings/d (ref.)	1.00	1.10, 2.24	1.00	1.00, 2.06	1.00	0.83, 1.72	1.00	0.83, 1.72	1.00	0.82, 1.71
<2 servings/d	1.57*		1.44†		1.19		1.19		1.18	
Fruit intake										
≥2 servings/d (ref.)	1.00	0.71, 1.36	1.00	0.66, 1.28	1.00	0.67, 1.28	1.00	0.66, 1.27	1.00	0.65, 1.26
<2 servings/d	0.98		0.92		0.92		0.91		0.90	
F&V intake										
≥4 servings/d (ref.)	1.00	0.87, 1.86	1.00	0.79, 1.70	1.00	0.75, 1.60	1.00	0.73, 1.58	1.00	0.73, 1.58
<4 servings/d	1.27		1.26		1.09		1.08		1.07	

ref., Reference group; F&V, fruit and vegetables.

Indicates level of significance: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$.

† Borderline significant ($P = 0.05$).

‡ Unadjusted.

§ Adjusted for weight status.

|| Adjusted for age (continuous) and education (categorical).

¶ Adjusted for age, education and weight status (categorical).

‡‡ Adjusted for age, education, weight status, smoking, alcohol and physical activity.

Table 4. Association between fruits, vegetables, and fruit and vegetable (F&V) consumption and the onset of type 2 diabetes (T2D) among Swedish adults, based on logistic regression in the total sample (*n* 39 914)
(Odds ratios and 95 % confidence intervals)

	T2D new cases							
	Men (<i>n</i> 16 624)				Women (<i>n</i> 23 290)			
	Model 1†		Model 2‡		Model 1†		Model 2‡	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Vegetable intake								
≥2 servings/d (ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00	
<2 servings/d	2.16**	1.39, 3.37	1.92*	1.23, 3.00	1.57*	1.13, 2.18	1.33	0.95, 1.85
Fruit intake								
≥2 servings/d (ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00	
<2 servings/d	1.23	0.84, 1.81	1.25	0.85, 1.84	1.01	0.75, 1.36	1.01	0.75, 1.37
F&V intake								
≥4 servings/d (ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00	
<4 servings/d	1.71	0.97, 3.00	1.66	0.94, 2.92	1.33	0.94, 1.89	1.25	0.88, 1.78

ref., Reference group.

Indicates level of significance: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$.

† Unadjusted.

‡ Adjusted for age (continuous).

vegetables in the Swedish population had most probably not decreased during these years.

Fruits and risk of type 2 diabetes

In contrast to results found in four meta-analyses^(14,15,34,35), we did not find a reduced T2D risk associated with a higher

intake of fruit, neither in men nor women. Our finding is in line with the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Norfolk study, where Cooper *et al.*⁽³⁶⁾ observed that a higher intake of vegetables but not fruits was associated with lower risk of T2D and with Kurotani *et al.*⁽³⁷⁾ who found that neither intake of fruits nor fruit and vegetables combined was associated with T2D risk. We can only speculate about the



reason for this discrepancy concerning the role of fruit in the development of T2D across different studies. As with vegetables, there is the possibility that certain fruits but not others offer protection against the disease, and that different populations have different preferences and availability of fruits. A recent review of mechanisms of T2D risk reduction suggests that polyphenols, and specifically flavonoid compounds, may have an important role in preventing or delaying the onset of T2D⁽³⁸⁾. The dietary intake of these compounds varies five-fold among different regions of the world⁽³⁹⁾. Foods rich in flavonoids such as anthocyanins found in, for example, strawberry, blackberry, bilberry, blackcurrant or pomegranate and blueberries, and flavan-3-ols found in, for example, plum, apple, custard apple, strawberry-tree fruit, blueberry and cranberry, cherry and grapes may confer specific benefits through pathways influencing glucose absorption and insulin sensitivity and/or secretion⁽³⁸⁾. Previous studies suggest that fibre from fruit and vegetables does not seem to be involved in the protective effects against T2D⁽⁴⁰⁾. Thus, much more detailed dietary assessment or alternatively studies using biomarkers will be required to clarify why studies in some populations show protective effects of fruit on T2D risk and not in others.

Strengths and limitations

This study has several strengths. First, it has a longitudinal design, which in combination with measurement of confounders and health at baseline provides a higher certainty to interpret the results causally. Second, intake of fruit and vegetables was assessed both at baseline and at follow-up, showing a relatively stable level of intake during the 4 years. Third, as the study involves a large prospective population cohort, there is a reduced risk of reverse causation and selection bias⁽⁴¹⁾. Fourth, the response rate at follow-up was relatively high, which provides high statistical power. Finally, since all participants live in the same region (Stockholm County), there were no differences in potential macro-environmental confounders such as climate, environmental contamination and access to health facilities⁽⁵⁾.

This study also has some limitations. First, the follow-up time is only 4 years, which is a relatively short period compared with other studies. Furthermore, information on disease onset was by self-report based on the self-reported age at diagnosis. It would have been better to obtain this information from registries, although we think that most individuals would report their health condition truthfully. Self-report of dietary intake by questionnaire is a crude method and constitutes a well-known weakness due to recall bias and social desirability bias, which means that there is an obvious risk of misclassification of the number of portions of fruit and vegetables consumed. For the same reason we chose to have only two intake categories (above or below current recommendations). We tested the possibility of using three intake categories, but this did not change the results (results not shown). In order to obtain more precise risk estimates regarding fruit and vegetable intake one would have to design a study specifically for this purpose. Third, data were collected only for two time points, and therefore mediation analysis was not possible

to perform. Moreover, even though it is a large prospective cohort, some selection bias was seen in that participants were to a higher extent female and with higher education. However, this is not expected to affect the risk estimates associated with intake of fruit and vegetables. Fourth, subsequent adjusted models (Table 3) suggested that men, not women, who had a low level of intake of vegetables were significantly more likely to develop T2D; however, we analysed the effect modification of sex on vegetable intake and development of T2D, and there was none.

The interpretation regarding causality between vegetable intake and T2D should nevertheless be done with great caution, as one can only infer causality with certainty from randomised controlled trials⁽⁴²⁾. Moreover, a misclassification between T2D and latent autoimmune diabetes of adults⁽⁴³⁾, and of type 1 diabetes as T2D and vice-versa might have occurred. One major problem is the high rate of undiagnosed disease as about one-third of all diabetics have not yet received a diagnosis⁽¹⁹⁾. This could have led to outcome misclassification and lower risk estimates than in reality. Although we adjusted for several confounders, there might have been residual confounding by unmeasured dietary and other factors associated with a low vegetable intake which might have affected the results.

Future research

While the protective role of vegetables against T2D was confirmed by our study, the role of fruit in T2D development is still in question and needs more research. Furthermore, it seems important to investigate if specific types of fruit and vegetables are more protective than others by investigating mechanisms of action. To do that a food diary and ideally blood samples would be required in order to analyse nutritional biomarkers of intake⁽⁴⁴⁾. Future research should also aim at developing and evaluating interventions which will increase the intake of fruit and vegetables in the population, and especially among men. Sex differences in fruit and vegetable intake are already notable in children⁽⁴⁵⁾, and interventions should therefore start in early childhood.

Conclusions

In conclusion, the results of our study suggest that the overall mean consumption of fruit and vegetables in Stockholm County is low compared with the recommended level of consumption, and slightly lower than in some other countries in the European Union. In men, higher consumption of vegetables was found to be protective against the onset of T2D after adjusting for age, education, BMI, smoking, alcohol and physical activity, but not as clearly in women. Fewer women were low consumers of fruit and vegetables than men, and risk estimates for women might therefore have had lower statistical power. Fruit consumption was not associated with T2D risk neither in men nor women. In order to clarify the mechanisms behind these differential effects of fruit and vegetables more research is needed with more detailed assessment of intake of specific fruits and vegetables.



Acknowledgements

The authors would like to thank the Stockholm Public Health Cohort Steering Committee for approving this research proposal and for providing data. The authors are grateful to Ylva B. Almquist and Per Tynelius for their cordial support, advice and inspiration.

This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

A. A. was involved in all the sections of the study such as in developing the concept, formulating the research questions, designing the study, arranging data, identifying suitable statistical tests and regression model to perform the statistical analysis, performing the whole analysis and writing the manuscript; L. S. E. contributed in the conception, formulating the research questions, designing the study and guiding in the statistical analysis, and writing and revising the manuscript. A. L. and P. F. contributed to the design of the study and guiding in the statistical analysis and revision of the manuscript. All authors critically reviewed and approved the submitted manuscript.

There are no conflicts of interest.

References

- International Diabetes Federation (2017) *IDF Diabetes Atlas*, 8th ed. Brussels: International Diabetes Federation. <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html> (accessed May 2018).
- Prasad RB & Groop L (2015) Genetics of type 2 diabetes – pitfalls and possibilities. *Genes (Basel)* **6**, 87–123.
- World Health Organization (2018) World Health Organization. Diabetes. <http://www.who.int/diabetes/en/> (accessed May 2018).
- Bauer F, Beulens JWJ, van der ADL, *et al.* (2013) Dietary patterns and the risk of type 2 diabetes in overweight and obese individuals. *Eur J Nutr* **52**, 1127–1134.
- Elinder LS, Hakimi S, Lager A, *et al.* (2016) Global region of birth is an independent risk factor for type 2 diabetes in Stockholm, Sweden. *Eur J Public Health* **27**, 447–453.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2016) GBD Compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (accessed May 2019).
- Agardh E, Ahlbom A, Andersson T, *et al.* (2004) Explanations of socioeconomic differences in excess risk of type 2. *Diabetes Care* **27**, 716–721.
- Nordic Council of Ministers (2014) *Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating Nutrition and Physical Activity*, 5th ed. Copenhagen: Nordic Council of Ministers. <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf> (accessed March 2020).
- Larsson SC, Virtamo J & Wolk A (2013) Total and specific fruit and vegetable consumption and risk of stroke: a prospective study. *Atherosclerosis* **227**, 147–152.
- Mursu J, Virtanen JK, Tuomainen T, *et al.* (2014) Intake of fruit, berries, and vegetables and risk of type 2 diabetes in Finnish men: The Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Am J Clin Nutr* **99**, 328–333.
- Fogelholm M, Anderssen S, Gunnarsdottir I, *et al.* (2012) Dietary macronutrients and food consumption as determinants of long-term weight change in adult populations: a systematic literature review. *Food Nutr Res* **56**, 19103.
- Järvi A, Karlström B, Vessby B, *et al.* (2016) Increased intake of fruits and vegetables in overweight subjects: effects on body weight, body composition, metabolic risk factors and dietary intake. *Br J Nutr* **115**, 1760–1768.
- Mícha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, *et al.* (2017) Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: systematic reviews and meta-analyses from the nutrition and chronic diseases expert group (NutriCoDE). *PLOS ONE* **12**, e0175149.
- Wu Y, Zhang D, Jiang X, *et al.* (2015) Fruit and vegetable consumption and risk of type 2 diabetes mellitus: a dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* **25**, 140–147.
- Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi A-M, *et al.* (2017) Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* **32**, 363–375.
- Nasjonalt råd for Ernæring (National Nutrition Council) (2011) Kostråd för å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag (Dietary advice for the promotion of public health and prevention of chronic diseases. Methodology and the scientific evidence base). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag> (accessed March 2020).
- Amcoff E, Edberg A, Barbieri HE, *et al.* (2012) Riksmaten – vuxna 2010–11. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige (National Foods – Adults 2010–11. Food and nutritional intake among adults in Sweden). https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2011/riksmaten_2010_2011.pdf (accessed March 2020).
- Andersson T, Ahlbom A, Magnusson C, *et al.* (2014) Prevalence and incidence of diabetes in Stockholm county 1990–2010. *PLOS ONE* **9**, e104033.
- Andersson T, Ahlbom A & Carlsson S (2015) Diabetes prevalence in Sweden at present and projections for year 2050. *PLOS ONE* **10**, e0143084.
- World Health Organization (2018) World Health Organization Europe. Data and statistics. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics> (accessed June 2018).
- Low Wang CC, Hess CN, Hiatt WR, *et al.* (2016) Atherosclerotic cardiovascular disease and heart failure in type 2 diabetes – mechanisms, management, and clinical considerations. *Circulation* **133**, 2459–2502.
- World Health Organization (2017) *World Health Organization. Diabetes Fact Sheet 312*. Geneva: WHO.
- Forouhi NG, Misra A, Mohan V, *et al.* (2018) Dietary and nutritional approaches for prevention and management of type 2 diabetes. *BMJ* **361**, k2234.
- Svensson AC, Fredlund P, Laflamme L, *et al.* (2013) Cohort profile: The Stockholm Public Health Cohort. *Int J Epidemiol* **42**, 1263–1272.
- World Health Organization (2017) Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (accessed July 2018).
- Bonita R, Beaglehole R & Kjellström T (2016) *Basic Epidemiology*, 2nd ed. Geneva: WHO.
- Campbell MJ, Machin D & Walters SJ (2007) *Medical Statistics: A Textbook for the Health Sciences*, 4th ed. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Bruemmer B, Harris J, Gleason P, *et al.* (2009) Publishing nutrition research: a review of epidemiologic methods. *J Am Diet Assoc* **109**, 1728–1737.
- Chatterjee S & Hadi AS (2006) *Regression Analysis*, 4th ed. Chichester: John Wiley and Sons, Inc.
- Almquist YB, Ashir S & Brännström L (2014) *A Guide to Quantitative Methods*. Stockholm: CHESS.
- Hosmer DW & Lemeshow S (1980) Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model: communications in statistics. *Commun Stat Theory Methods* **9**, 1043–1069.
- IBM Corp. (2015) *IBM SPSS Statistics for Windows*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Cooper AJ, Forouhi NG, Ye Z, *et al.* (2012) Fruit and vegetable intake and type 2 diabetes: EPIC-InterAct prospective study and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* **66**, 1082–1092.
- Li M, Fan Y, Zhang X, *et al.* (2014) Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ Open* **4**, e005497.



35. Wang P-Y, Fang J-C, Gao Z-H, *et al.* (2016) Higher intake of fruits, vegetables or their fiber reduces the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *J Diabetes Investig* **7**, 56–69.
36. Cooper AJ, Khaw KT, Sharp SJ, *et al.* (2012) A prospective study of the association between quantity and variety of fruit and vegetable intake and incident type 2 diabetes. *Diabetes Care* **35**, 1293–1300.
37. Kurotani K, Nanri A, Goto A, *et al.* (2013) Vegetable and fruit intake and risk of type 2 diabetes: Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *Br J Nutr* **109**, 709–717.
38. Burton-Freeman B, Brzeziński M, Park E, *et al.* (2019) A selective role of dietary anthocyanins and flavan-3-ols in reducing the risk of type 2 diabetes mellitus: a review of recent evidence. *Nutrients* **11**, 841.
39. Peterson JJ, Dwyer JT, Jacques PF, *et al.* (2015) Improving the estimation of flavonoid intake for study of health outcomes. *Nutr Rev* **73**, 553–576.
40. Schulze MB, Schulz M, Heidemann C, *et al.* (2007) Fiber and magnesium intake and incidence of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. *Arch Intern Med* **167**, 956–965.
41. Ericson U, Brunkwall L, Dias JA, *et al.* (2018) Food patterns in relation to weight change and incidence of type 2 diabetes, coronary events and stroke in the Malmö Diet and Cancer Cohort. *Eur J Nutr* **58**, 1801–1814.
42. Nettleton JA, Steffen LM, Loehr LR, *et al.* (2008) Incident heart failure is associated with lower whole-grain intake and greater high-fat dairy and egg intake in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *J Am Diet Assoc* **108**, 1881–1887.
43. Olofsson C, Discacciati A, Åkesson A, *et al.* (2017) Changes in fruit, vegetable and juice consumption after the diagnosis of type 2 diabetes: a prospective study in men. *Br J Nutr* **117**, 712–719.
44. Kerley CP (2018) A review of plant-based diets to prevent and treat heart failure. *Card Fail Rev* **4**, 54–61.
45. Lemming EW, Moraeus L, Sipinen JP, *et al.* (2018) *Riksmaten ungdom 2016–17 Livsmedelskonsumtion bland ungdomar i Sverige (Riksmaten Youth 2016–17 Food Consumption Among Youth in Sweden)*. Uppsala: The Swedish Food Agency.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.