

Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade texten kan innehålla fel och därför bör man visuellt jämföra med verkets bilder för att avgöra vad som är riktigt.

This work has been digitised at Gothenburg University Library.
All printed texts have been OCR-processed and converted to machine readable text.
This means that you can search and copy text from the document. Some early printed books are hard to OCR-process correctly and the text may contain errors, so one should always visually compare it with the images to determine what is correct.



DIABETES

Nummer **5** 1973



Undersök Er urinsockerhalt med
TES-TAPE[®]



Enkelt, snabbt, pålitligt
Riv av, fukta, jämför – det är allt!

Eli Lilly Sweden AB



Ansvarig utgivare:

Riksdagsledamoten Nancy Eriksson

Redaktionskommitté:

Riksdagsledamoten Nancy Eriksson
Docent Gunnar Engleson
Docent Jan Östman
Informationschef
Ingmar Nygren-Bonnier

Redaktör:

Ingmar Nygren-Bonnier

*Redaktion, expedition och
annonskontor:*

Box 6609
113 84 Stockholm
Tel. 08/34 09 10
Postgiro 90 09 01 - 0

Prenumerationspris:

15: — kr pr år

Tryck:

Lindgrens Tryckeri, Katrineholm

Utges även som talband

Svenska Diabetesförbundet:

Box 6609
113 84 Stockholm
Tel. 08/34 09 10
Postgiro 90 09 01 - 0

Ordförande:

Riksdagsledamoten
Fru Nancy Eriksson
Roslagsgatan 11, 113 55 Stockholm
Telefon 08/15 83 45

Kassaförvaltare:

Bankdirektör Lennart Dahlström
Roslinvägen 35, 161 55 Bromma
Telefon 08/87 06 28

Eftertryck tillåtes om källan anges

DIABETES

*Nummer 5, oktober 1973, årgång 23
Organ för Svenska Diabetesförbundet*

Innehåll:

Diabetikern och psyket, av <i>Nancy Eriksson</i>	3
Rapport från Brysselkongres- sen, av <i>Ulla Sablén</i> och <i>Kers- tin Sparre</i>	4
Diabetes med ögonkomplika- tioner, av <i>John Cristiansson</i>	8
Lekmannaprogrammet i Bryssel	12
Monocomponentinsulin, av <i>Gunnar Engleson</i>	19
Förbundsnytt	21
Gruppresa — fin form för dia- betiker, av <i>Eric Blaustein</i> ..	24
Diabetesgården — Jul och Nyår	27
Rapport från diabetesveckan i Spjutsbygd, av <i>Jan Spjuth</i> ..	30
»Vallbovecka» i Blekinge, av <i>Yngve Stranke</i>	33
Frågan är fri	35
Föreningsnytt	43

Nya Dietic.
Ej sötad
med cyklammat



”stor” sockerfri fruktläsk

Dietic — den måste Ni smaka! En frisk, fyllig fruktläsk med apelsin smak. Dietic är konstgjort sötad, alltså helt sockerfri!

roberts Örebro

Diabetikern och psyket

Bland alla experter på människo-kroppen hade det på den internationella diabeteskongressen i Bryssel i sommar också bland talarna kommit med en expert på psykologi och diabetes. Det var professor Groen från Leyden, som talade om psykologiska faktorer vid diabetesjukdomens uppkomst och behandling. Jag skall återge ett par påpekanden som han gjorde.

För det första ansåg han det vara absolut nödvändigt, att den som får diabetes omedelbart accepterar,

att det är en sjukdom för livet, som man aldrig kan slippa ifrån. Många säger, att diabetiker dom kan leva som andra. Men är det nånting, som de inte kan, är det just att *leva som andra*. Hela deras leverne är kantat med frågorna när, var, hur ofta och hur mycket. Punktighet med mat, insulin, rätta mängder och rätt sammansättning av diet och motion, de kan avgjort *inte* leva som andra, om de vill kunna jobba och fungera samhällsmedlemmar.

Forts på sidan 44

Rapport från Brysselkongressen

Av Ulla Sahlén och Kerstin Sparre

Den 8:e internationella diabeteskongressen i Bryssel i somras hade ett omfattande vetenskapligt program, som visade att forskare världen över intensivt sysslar med diabetesjukdomens gåta. Man kartlägger steg för steg de delar av människokroppen som är orsak till eller påverkas av sjukdomen och hur man skall behandla dem.

Det socialmedicinska programmet visade dock att några revolutionerande förändringar i själva skötseln av diabetes inte var att förvänta just nu. Man framhöll med skärpa att det är nödvändigt att åstadkomma en god kontroll av sjukdomen och att det är viktigt att behandla all diabetes. God kontroll ställer stora krav på kunskaper hos diabetikerna själva. Många av programmen på den socialmedicinska delen ägnades också åt undervisning.

Utbildning av diabetiker

Man framhöll bl a: för att åstadkomma en god kontroll krävs att varje individs problem vid inställning av sjukdomen penetreras noggrant. Utbildningen och även undervisningen skall vara skraddar-

sydd till den enskilde individen efter hans eller hennes förutsättningar. Den skall vidare vara anpassad till patientens personliga förhållanden t ex arbete, familjeliv, ekonomi. Undervisning bör inte ges endast vid ett tillfälle utan upprepas och ge diabetikern möjlighet att själv delta i behandlingen och genom diskussion komma fram till ett för honom genomförbart program.

För att förmedla all denna väsentliga undervisning till diabetikerna krävs god utbildning av inte endast läkare utan också sjuksköterskor, dietister, kuratorer, psykologer och administrativ personal. Dessutom bör ökad upplysning om diabetes föras ut till allmänheten. Rapport lämnades bl a från ett undervisningscentrum för barn med diabetes beläget i Florida. Man har där ett team av läkare, sjuksköterskor, dietister, psykologer och kuratorer. Barn med diabetes har större problem än friska. För det lilla barnet är rädslan för injektionen och smärtan i samband med den det största problemet. För det äldre barnet kan injektionen vara ett problem men ett än större är ängslan för att inte kunna delta i

»kompisarnas» aktiviteter. Det äldre barnet trotsar ofta samhället, föräldrar och läkare och förnekar att det har diabetes. Längre upp i tonåren kommer ängslan för yrkesval och senare också för familjebildning.

Teamet vid Florida-centret arbetade med hela familjer. Man framhöll vikten av kontakt inte endast med barnet utan också med båda föräldrarna, gärna också far- och morföräldrar samt vänner. Man kallade in skolans personal till centret eller besökte själva de aktuella skolorna. Man hade vidare nära kontakt med distriktssköterskor och den lokala diabetesföreningen. Man framhöll betydelsen av sommarläger. Man pekade också på att en undersökning visat att de bäst kontrollerade barnen kom från familjer där diabetessjukdomen inte hade inneburit alltför stora förändringar i familjens tidigare livsföring. Vikten av att undervisning förmedlades tidigt till familjen under barnets remissionsperiod underströks. Detta ger både föräldrar och barn tid att vänja sig vid de ändrade förhållandena.

Flera liknande centra finns världen över. I Frankrike finns förutom sommarläger också skolor för barn med »instabil» diabetes.

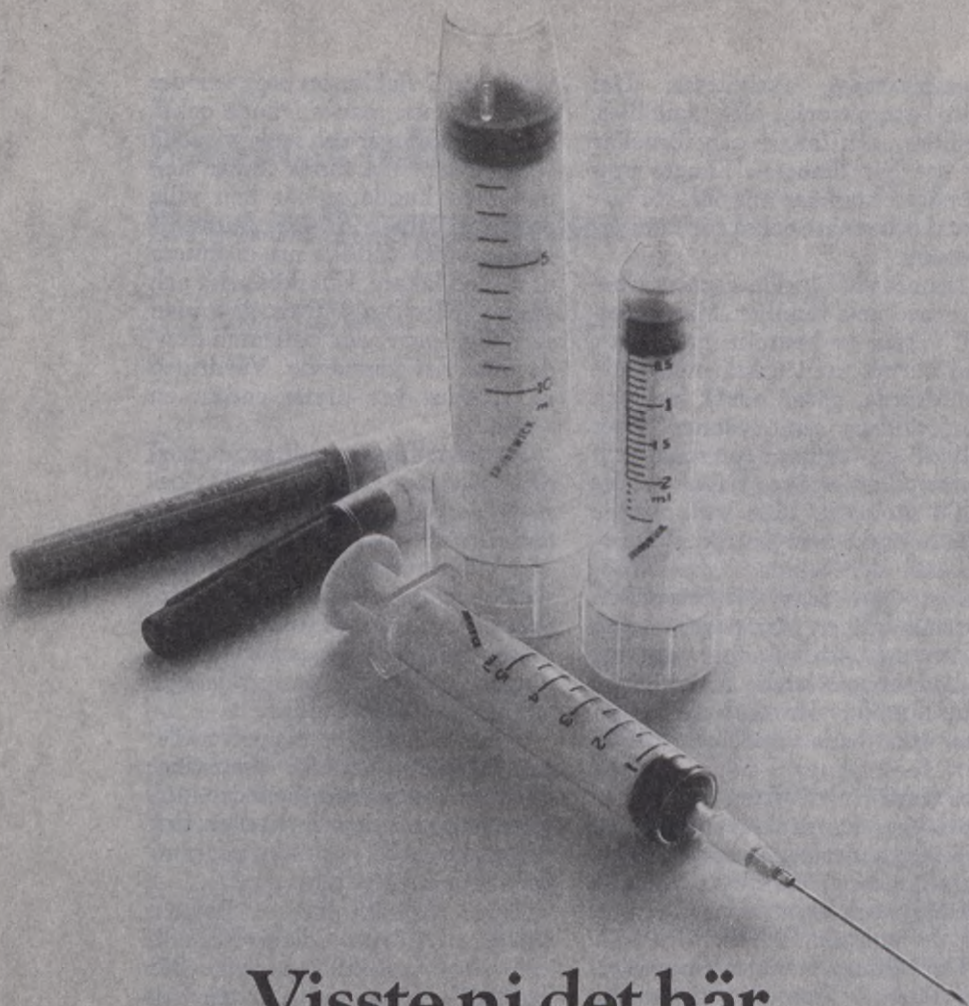
Från sjukhus i Belgien, Frankrike och Holland rapporterades också. Man framhöll ånyo vikten av att diabetikern ges möjlighet att diskutera sin situation. Speciellt kostundervisningen skedde med kontinuerlig, individuell kontakt och vikten av att kosten anpassades till individens arbetssituation, smak, vanor och ekonomi underströks. Informationen och under-

visningen i sjukhusets regi var det primära, men man använde också böcker, tidningar och audiovisuella hjälpmedel. Bl a fanns filmer som patienten kunde se när han ville och även låna hem. Det fanns givetvis också tillfälle att diskutera dem med läkare, sjuksköterska och dietist. På vissa ställen gav man skriftliga prov, där patienten kunde testa sitt kunnande. Vårdtiden på sjukhus var oftast endast en vecka.

Lovande försök hade gjorts med dag- och nattavdelningar. På dagavdelningen undersökte man och undervisade patienterna. På nattavdelning vistades patienter som skulle reglera insulin dosen. De arbetade som vanligt under dagen, vilket medförde att insulininställningen skedd under praktiskt taget »normala» förhållanden.

Från Frankrike rapporterades om ålderdomshem för diabetiker samt om konvalescenthem och kurorter där man under vistelsen fick riktig kost och fysisk aktivitet under sakkunnig ledning.

Från Joslinkliniken i Boston, världens största diabetesklinik, kom givetvis också rapporter. Där framhölls vikten av att den nyupptäckte diabetikern togs in på sjukhus för att på heltid lära sig att leva med sjukdomen. Han vistas under inställningen av sjukdomen på en specialavdelning där han har möjlighet att aktivt medverka i behandlingen. Givetvis har man här också ett team av läkare, sjuksköterskor osv som sköter om informationen. Man betonade betydelsen av individuell undervisning, men man hade också gruppundervisning två timmar dagligen. En-



Visste ni det här om Brunswick-sortimentet?

Brunswick engångssprutor har en exceptionell täthet. Därför är de både säkra och enkla att använda. Det är ingen risk för att drogerna ska gå förlorade. Ingen risk för feldosering. Ingen kassation. Ingen förlust av dyrbar tid. Hårda genomskinliga förpackningar förhindrar kontaminering och gör det lätt att identifiera de olika sprutstorlekarna.

Brunswick kanyler är gjorda av rostfritt stål och har lancettslipade spetsar. Varje enskild kanyl är dragtestad för att ge största möjliga säkerhet. Förpackningarna är gjorda av polypropylen. I olika färger för att ange grovleken på kanylen.

Brunswick kombinationssprutor, d v s spruta och kanyl färdigkombinerade för direkt användning finns i ett flertal varianter.

Beiersdorf AB, Sektion Sjukvård, Box 18, 431 21 Mölndal 1. Tel. 031/27 51 10.

**Brunswick sprutor och kanyler-kvalitet
som lönar sig från Beiersdorf.**



dast de mest erfarna ur teamet får undervisa grupper av diabetiker.

Från Zagreb, Jugoslavien, rapporterades om ett »institut i diabetesfrågor» som ledde diabetesvården. Inom institutet fanns olika kommittéer för bl a ekonomi, rådgivning och patientvård. Ute på fältet (Kroatien) fanns t ex 26 dispensärer med utbildad personal, som arbetade intimt med patienterna och deras husläkare. Hembesök ingick också.

Utbildning av medicinsk personal

Flera gånger betonades vikten av goda kunskaper om diabetesjukdomen hos alla parter som hör till det behandlande teamet. Detta ställer stora krav på utbildningen av dessa.

Från ovan nämnda institut i Zagreb rapporterades om en brett upplagd undervisning för den medicinska personalen.

I USA har man på vissa ställen sk »physician's assistants», specialutbildade sjuksköterskor, som avlastar läkarna de praktiska problemen.

Kosten har en dominerande roll i behandlingen av diabetes. Dietisterna har därför en nyckelposition. Deras yrkesval är baserat på intresse för livsmedel och näring. De blir därför mest lämnade att hjälpa diabetikerna klara av mathållningen. En utbildning inom diabetesområdet för dem är därför väsentlig, betonade man.

En intressant redogörelse om utbildning och undervisning lämnades från Joslinkliniken. Dels förekom utbildning av alla personalkategorier vid själva kliniken

under hela året. Dels hade man också ordnat specialkurser med dietister, sjuksköterskor, kuratorer, gymnastikledare, fotvårdsspecialister, psykologer och farmaceuter som deltagare. Antalet deltagare hade varit ca 250. Man började med sedvanliga föreläsningsserier men konstaterade snart att auditoriet var så blandat när det gällde tidigare kunskaper och erfarenheter att man numera övergått till undervisning via paneldiskussioner, grupparbete etc.

Sammanfattning

Det ovan anförda är endast ett axplock av allt som redovisades och diskuterades vid den socialmedicinska delen av den 8:e internationella diabeteskongressen. Vår åsikt är att endast de välutrustade klinikerna redogjorde för sina program. Metoder och svårigheter diskuterades i liten omfattning, vilket var beklagligt. Auditoriets intresse var stort och många kom från länder med stora ekonomiska svårigheter. Organisationen av det socialmedicinska programmet lämnade mycket övrigt att önska.

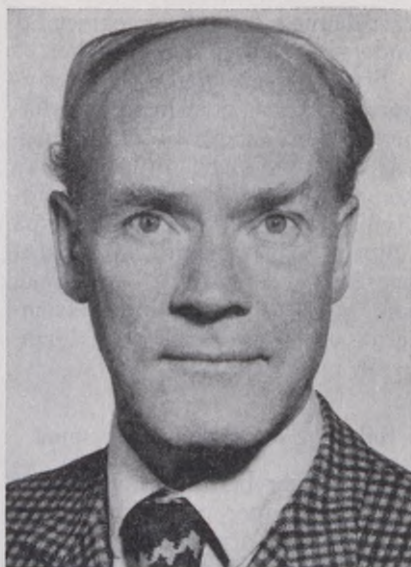
Värdlandet Belgien skall dock ha en eloge för en givande vecka. Till Svenska Diabetesförbundet, som möjliggjorde denna resa för oss, riktar vi vårt varma tack.

Bli medlem i

**Svenska
Diabetesförbundet!**

Av docent John Cristiansson

John Cristiansson, överläkare vid ögonkliniken, Kristianstads lasarett, medlem i Svenska Diabetesförbundets läkarråd



Diabetes med ögonkomplikationer

Knappast något organ i vår kropp visar en så pass varierande provkarta på diabetesbetingade komplikationer som just ögat. Orsakerna får ses i ögats delikata struktur och byggnad och i de möjligheter vi har att i detalj studera dem. Synen har ju en så framträdande plats bland våra sinnen att även de minsta störningar observeras.

Ett mycket vanligt synproblem hos diabetikern är en bristfällig närlinse hos ögat. Mer än var femte diabetiker har fått erfara den. Glasögonen blir plötsligt ak-

tuella. Dess bättre går det hela snart över med adekvat kontroll av sockerinställning och insulin/tablett-behov. Det är emellertid väsentliga händelser hos diabetikern, som bör leda till bättre kontroll av sjukdomen. Snabba förskjutningar i blodsockret influerar på ögonlinsen med störningar i ögats optik.

Mera konstanta förvecklingar i den glasklara ögonlinsen leder till en starrvandling och en gradvis och stadig synförsämring. Ålderstarr inträffar sålunda tidigare och mognar likaså tidigare hos diabe-

tiker, speciellt kvinnor. Ofullständig kontroll med högt blodsocker under långa tider är upphovet. Behandlingen är operativ och lyckas numera lika väl hos diabetiker som hos övriga.

De vida allvarigare diabeteskomplikationerna i ögat berör dess näthinna. Någon tiondels millimeter tjock och genomvävd av fina blodkärl är den ögats ömtåligaste hinna, där alla cirkulationsstörningar, alla kärlbristningar och utgjutningar sätter definitiva spår och ärr efter sig. De tidigaste förändringarna kan uppenbara sig som små diskreta blodpunkter med omgivande svullnad, vilka snart försvinner. Med tiden mångfaldigas de, står kvar längre, omkransas av vita utgjutningar och efterlämnar ärrfläckar. Karakteristiska för sjukdomen leder de just med sin ärrbildning till ordentligt nedsatt syn.

Hos diabetiska barn ser vi praktiskt taget aldrig några förändringar i näthinna. Först efter puberteten kan de dyka upp. I åldrar därefter ökar deras förekomst steg för steg med individens ålder och sjukdomens längd. Ju äldre den diabetesinsjuknande är, ju tidigare inträffar hans eller hennes näthinneförändringar. Deras närvaro är till en början föga störande. Den diabetessjuke kan själv inte observera dem i tidigskedet. Det gör han först när ärrfläckar och utgjutningar engagerar näthinnans centrum bakom pupillen. Då först avtar synen.

Det påpekas ofta att näthinneförändringar är ofrånkomliga vid diabetes. Det är bara fråga om sjukdomslängd. Men det finns i dag

många diabetiker, där ännu efter 25 års sjukdom näthinna ser frisk och oberörd ut. Om utgjutningar inträffat, har de läkts utan påtagliga ärr. Det existerar nämligen en utomordentlig läknings-tendens i ögat, som vi måste gynna med regelmässig kontroll av sjukdomen.

Diabetesbetingade komplikationer i näthinna liksom annorstädes måste förebyggas. Men denna förebyggande kontroll är allttjämt bristfällig. Det kan ta både fem och tio års sjukdomstid, innan diabetikern kommer till ögonläkaren, kanske med körkortet som pådrivande orsak.

Mot redan inträffade näthinneförändringar har vi ingen specifik bot. Under de senaste åren har vi emellertid med en ny metod försökt stävja deras utveckling i farlig riktning.

Förfarandet kan liknas vid ett slags punktsvetsning i ögat. En kraftig ljusblxt sändes genom ögats pupill mot näthinna, där den utvecklar en värmeintensitet tillräcklig att koagulera de läckande blodkärlen. Metoden prövas på många ställen, men apparaturen är dyrbar. Framför allt måste vi veta på lång sikt vad hjälp behandlingen innebär genom att tex jämföra behandlat och obehandlat öga hos en och samma patient. Ett absolut villkor är också att sjukdomen på näthinna icke avancerat för långt.

Ögat och synen måste således regelbundet kontrolleras av en ansvarig ögonläkare alltifrån diabetesdebuten. Vid smärre störningar i ögats optik är diabetikern ingalunda någon självskrivna klient hos

Stöd arbetet för de sockersjuka!

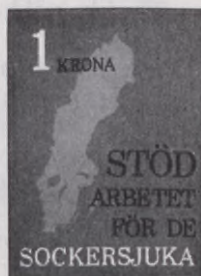
Stöd Svenska Diabetesförbundets arbete för de sockersjuka genom att köpa förbundets brevmärke. Vid beställning användes lämpligen nedanstående beställningsedel. Den skall insändas till:

Svenska Diabetesförbundet

Box 6609

113 84 STOCKHOLM

Diabetesförbundets
brevmärke



Undertecknad beställer härmed att sändas mot postförskott:

..... st kartor (om 20 märken) à 20:— kr

..... st märken à 1:— kr

Porto tillkommer.

Namn:

Adress:

Postadress:

Läs Diabetes

Prenumerera på Diabetes

Rekommendera Diabetes

optikern. De regelbundna körkortskontrollerna för honom likaledes till ögonläkaren. I dag har diabetesförändringar på näthinnan blivit en av de vanligaste orsakerna till blindhet. Skall denna utveckling ändras, måste vi kunna följa och behandla dessa komplikationer från deras första början.

Tyvärr hämmas detta av den allvarliga bristen på ögonläkare, som är enahanda för Sverige. En snedvriden tjänstefördelning och försummad rekrytering till ögonläkarbanan har bidragit till denna situation. De årslånga väntetiderna i den öppna ögonvården är direkt förödande för diabetikern med allvarliga konsekvenser även för morgondagen. Han har sannerligen all

anledning att kräva bättre uppmärksamhet från ansvariga myndigheter.

Denna artikel har publicerats i dagspressen i samband med diabetesdagskampanjen.

BREVVÄN

Pojke, ca 19 år (gärna lång), önskas som brevvän till engelsk flicka, 17 år, diabetiker sedan tre år tillbaka. Intressen: popmusik, teckning, film, promenader.

Diana Harding
20 Carew Road
Ashford Middlesex
TW 15 IJQ
England

Lydia och Oscar Linders minnesfond

Svenska Diabetesförbundet, som förvaltar »Lydia och Oscar Linders Minnefond», får härmed meddela, att viss avkastning av fondens medel enligt testamentsvillkoren *»skola årligen i god tid före jul utdelas till behövande icke arbetsföra sjuka efter rekommendation av överläkare på sjukhus eller tjänsteläkare».*

De som önskar söka anslag ur fonden skall inkomma med ansökan och övriga handlingar senast den 20/11 1973. Ansökan skall ställas till Lydia och Oscar Linders Minnefond, Svenska Diabetesförbundet, Box 6609, 113 84 Stockholm.

Noteringar från lekman- programmet i Bryssel

Att här redovisa allt från kongressen är ej möjligt (utbildningsfrågor för diabetiker samt medicinsk personal presenteras på sidan 4), det måste med nödvändighet bli ett axplock från de olika programpunkterna samt en del från det »kringprogram» som var arrangerat. Det var inte några sensationella nyheter som presenterades, men man fick en rätt klar bild av var vi står i dag i olika frågor som rör diabetes. Givetvis blir det på en kongress med deltagare från hela världen mycket skiftande intryck. Från en del länder rapporterades sådana frågor som vi anser självklara sedan lång tid, men å andra sidan rapporterades från andra håll framgångar, som vi kan dra nytta av och försöka få genomdrivna även hos oss.

I den resa som arrangerades av Svenska Diabetesförbundet deltog 120 personer. Efter framkomst och installering i det centrala Bryssel söndagen den 15 juli hämtade bussar för transport till kongressen, som ägde rum i Bryssels Univer-

sitet. IDF:s president professor Frank Young, England, öppnade kongressen, och han kunde bl a meddela att 2.500 läkare och 300 lekmän deltog i kongressen. Efter välkomsttal av kongressens president professor Paul Bastenie följde en konsert av Wallonska Kammarorkestern.



Panel om ärftlighet och uppkomst av diabetes under ledning av dr David Pyke (stående), London.



Trots ihållande regn tittade flertalet av kongressdeltagarna på de traditionsbundna »Ommegangfestligheterna» med anor från 1549, som ägde rum på Grand-Place.

En nyhet för diabeteskongresserna var det sk Teaching Programme till vilket olika sorters sjukvårdspersonal hade anmält sig. Syftet med detta program var att det närmast skulle fungera som en fortbildningskurs i diabetes.

Måndagens huvudföreläsning för lekmännen av professor P Rambert, Paris om diabetes och dess olika former, förekomst och utbredning i världen följdes av en paneldiskussion om ärftlighet och uppkomst av diabetes. Denna panel leddes av dr D Pyke, London, som bl a framhöll att ärftlighetsrisken ej är trolig om en av föräldrarna har diabetes som debuterat efter 20 års ålder. Orsaken till att diabetes ofta debuterar i puberteten är att kroppen under uppväxttiden be-

höver mer insulin än annars. Ett annat starkt insulinkrävande tillstånd är graviditet då det behövs 3—4 gånger mer insulin än normalt. Under diskussionen frågades om förhållandet mellan kaloriintag och insulinmängd. Man var angelägen att påpeka att många tror att om man ej äter så behövs ej heller insulin, vilket är fel, därför att processerna i kroppen fortsätter och kräver insulin. En deltagare från Indien omtalade att de i hennes familj är 16 syskon och att modern fått diabetes vid 57 år. Vid ett mordförsök på hennes man hade hon fått diabetes. Detta förklarades med den stress-situation hon kommit i. Från Sydafrika rapporterades att man klart konstaterat att diabetesförekomsten ökar explo-

Det känns lättare att leva om magen fungerar som den ska



Duphalac är ett laxermedel som även kan användas av Dig som har bekymmer med diabetes. Duphalac innehåller visserligen socker — därav den goda smaken — men det är en konstgjord sockerart, som heter laktulos. Denna påverkar inte blodsocker och medför inte heller något problem ur kalorisynpunkt.

Duphalac fungerar som naturen själv

Den tröga magen regleras milt och skonsamt genom inverkan på de bakterier vi normalt har i tarmen. Ett par dagar efter påbörjad behandling fungerar magen som vanligt igen.

Duphalac är flytande

Din personliga dos prövar Du enkelt ut allt efter behov. Utförlig doseringsanvisning finns på flaskorna och medicinbägare medföljer för att underlätta doseringen.

Duphalac smakar bra till morgonmålet

Det är sött och gott och dagsdosen går fint att söta morgongröten med. Eller filmjölen. I morgonjuicen

smakar Duphalac också bra likaså i en kopp choklad. Pröva och experimentera.

Så förebygger Du förstoppning

Ät riktigt. Mycket frukt och grönsaker så att tarmen får jobba. Prata gärna med doktorn och dietisten. Motionera också men skaffa framför allt regelbundna toalettvanor. Ta en liten stund i lugn och ro efter frukost varje morgon utan hets och stress. Då ska Du inte behöva laxermedel.

Priser: Apotek inkl. moms. 300 ml 25:05, 500 ml 35:75, 1.000 ml 67:75. I flertalet fall kostar Duphalac mindre än 1:25 per dag.

Utförlig doseringsanvisning finns på flaskan.

Duphalac

Receptfritt på apotek. Men rådfråga först Din doktor.



FERROSAN



Bild från auditoriet på lekmannasektionen.

sionsartat när folk flyttar från sitt primitiva liv ute i landet till slummen i städerna där de får en billig industritillverkad mat. Diskussionen mynnade ut i en önskan från forskarhåll om samma mätmetoder för diabetes runt om i världen så att det går att få en enhetligare bild av förekomsten av diabetes än vad som nu är möjligt.

Måndag kväll var hela kongressen inbjuden av borgmästaren till en mottagning i Bryssels stadshus. I samband därmed förevisades ett medeltida skådespel på Grand Place utanför stadshuset.

Tisdagen ägnades lekmannaprogrammet åt i huvudsak sociala försäkringar för diabetiker och här gavs exempel som visar på de mest skiftande former av tex premiebetalning från sk fri försäkring, dvs statliga medel tas i anspråk, till

olika former av privat premiebetalning. Under debatten rapporterades att man i Frankrike har fått två diabetescentra där diabetikern får vistas 21—30 dagar och dels får vila, dels har man läkare och dietister som ger råd. Kostnaden för denna vårdform är ca 1/3 av kostnaden för sjukhusvistelse. Vidare rapporterades om försök med sk nattsjukhus för diabetiker. Man arbetar då som vanligt på dagarna och bor på sjukhuset om nätterna och får där injektioner och råd i dietfrågor för dagen.

Onsdagen ägnades åt metoder för utbildning och information vilket vi inledningsvis nämnt finns refererat på annan plats. Att notera från eftermiddagens förhandlingar som leddes av dr Z Skrabalo, Jugoslavien, är bland annat, att man i Kroatien har 26 diabetesdis-

pensärer som inte bara sköter den medicinska vården utan också tar upp socialmedicinska frågor. Allt är fritt, dock med begränsning till två sprutor och 24 spetsar per år. Minst en gång per år *måste* varje diabetiker kontrolleras av specialist och registreringen av diabetiker är mycket bra tack vare sjuksköterskornas obligatoriska hembesök. I Kroatien har man 55.000 diabetiker på en population av 4,6 miljoner.

Fru Nancy Eriksson tog bl a upp de merkostnader som en diabetiker har. Hon ville ej gå på bidragslinjen utan i stället att insulin, tabletter, sprutor etc skall lämnas fritt samt att ett skatteavdrag får göras för merkostnaderna. I anslutning till detta eftermiddagsprogram presenterade en del länders förbund (Holland, Norge, England, Belgien, Danmark och Sverige) sin verksamhet. En hel del intressanta aktiviteter redovisades och glädjande nog visades stort intresse för det svenska förbundets kursverksamhet med läkarsymposier, sjuksköterskekurser, vårdnadshavarkurser, »Vallboveckor» etc.

Ett av torsdagens ämnen var diabetesbarnen och de problem som kan uppstå mellan barnen och föräldrarna, läkarna, skolan etc. Professor A Rosenblom, USA meddelade att enligt en enkät, som gjorts om förändringar inom familjen med anledning av att ett barn fått diabetes, utvisade att man ej ändrat på så mycket förutom givetvis på kostsidan. Prof W Jackson, Sydafrika, ansåg att man måste se till att nyupptäckta diabetesbarn fortast möjligt kommer hem till sin vanliga miljö och att det då även gäller att se till att något överbeskydd

från föräldrarnas sida ej uppstår. »Kom särskilt ihåg, att informationen även skall ges till fadern, en sak som ofta förbises även av oss sk specialister», framhöll prof Jackson. I Frankrike och USA anses det vara mycket viktigt att ungdomarna deltar i de diabetesläger som anordnas, där de får lära sig »allt» om sjukdomen och där framför allt den psykologiska effekten av att träffa andra i samma situation är mycket värdefull. Dessa synpunkter stämmer väl överens med de erfarenheter som det svenska förbundets barn- och ungdomsverksamhet givit. Professor M Laurent, Frankrike, framförde tanken på att sammanföra en »gammal diabetesfamilj» med en nyupptäckt. Det är värdefullt även för »givaren» (den gamle diabetikern), som genom att lära ut också hjälper sig själv som en sorts terapi. Professor Rosenblom sade, att läger för diabetesbarn ibland har ifrågasatts, men vi anser dem absolut nödvändiga, bl a av psykologiska skäl, och diabetesförbundens arbete med detta är en av de största insatser de kan göra. En viktig vårdform är team av läkare, sköterskor, dietist och socialarbetare, som måste se till att kontakten uppehålls med sjukhus och myndigheter. Professor Laurent ansåg också, att det är viktigt med sådana team som kan ta kontakt både med skolan och föräldrarna. Utbildning av lärare och även skolsjukvårdspersonal är mycket viktig, tyvärr släpar den fortfarande efter.

Under ordförandeskap av lekmannasektionens president dr G Verdonk, Gent, behandlades dietfrågor, sötningsmedel och kostna-

der för den speciella diabeteskosten. Många hade säkert hoppats att vissa klarlägganden beträffande i första hand olika sötningemedel skulle ges under denna debatt. Tyvärr visade det sig att man ännu ej kommit så långt beträffande sötningemedlen vid olika forskningscentra runt om i världen.

Kongressen avslutades på fredagen med en del föredrag bl a om metoder att upptäcka diabetes (professor W Butterfield, England), diabetikern som samhällsmedlem (J Jackson, England) och diabetesbehandling i forntid, nutid och framtid (dr E Martin, Schweiz).

Belgiens drottning Fabiola hedrade kongressen med sin närvaro vid avslutningsceremonien, och på eftermiddagen hämtade bussar för transport till Brygge ca 10 mil från Bryssel där kongressdeltagarna, efter att först ha fått tillfälle att bese den gamla staden med sina

kanaler, samlades till en gemytlig avslutningsmiddag i stadshuset.

Under kongressen företogs val av dels ordförande och sekreterare för den kommande treårsperioden, dels deltagare i Executive Board. Till ordförande valdes professor Rolf Luft och till sekreterare James Jackson, England. Till medlemsstater i Executive Board valdes Belgien, Danmark, Storbritannien, Indien, Holland, Filippinerna, Rumänien, Uruguay och USA.

Utöver själva kongressprogrammet hade arrangörerna ordnat med ett rikt utflyktsprogram för såväl kongressdeltagarna som deras medföljande anförvanter.

Efter kongressen fortsatte resan till Paris, där vi var i tre dagar och där vi hann med att bese en del av de platser som Paris blivit berömt för, t ex Versailles, Triumfbågen, Champs-Élysées och Eiffeltornet.

Red

Injektions- och självtestmaterial

till reducerade priser

MEDI-SWAB, steril bomullssudd i folieförpackning	Kr. —:10/styck
Clinitest-set, kvant. urinsockerkontroll	» 19:50/ »
Clinitest-reagetter, 100 st.	» 12:50/ »
Acetest-reagetter, syrakontroll, 100 st.	» 9:50/ »
Albustix-strips, äggvitekontroll, 60 st.	» 9:—/ »
Clinistix-strips, kval. urinsockerkontroll, 60 st.	» 7:50/ »

Inkl. moms, porto tillk.

SOS-märken gällande armband samt medaljong finns att beställa
per tel. 016/11 11 37

Beställ direkt från

ESKILSTUNA DIABETESFÖRENING

Postbox 97 631 02 ESKILSTUNA Postgiro 46 88 57

Beställningstelefon 016/254 51, endast efter kl. 18

Kansli: Klostergatan 4, tel. 016/11 07 16 - Öppet tisd. 18.30—20.00

NOVO INSULIN

MC Actrapid

MC Semilente

Lente

Ultralente

Rapitard

MC = monocomponent insulin
ett protein — rent insulin



NOVO INDUSTRI AB

Box 69 20120 Malmö 1 Tel. 040/181140

Av docent Gunnar Engleson

En av de mest framgångsrika forskarna inom diabetesforskningen i Sverige är docent Gunnar Engleson. Han har varit verksam vid Karolinska Institutet i Stockholm sedan 1960. Han har varit medlem i Svenska Diabetisförbundet sedan 1965 och är nu ordförande i styrelsen för Svenska Diabetisförbundet. Han har varit medlem i Svenska Läkaresällskapet sedan 1965 och är nu medlem i styrelsen för Svenska Läkaresällskapet. Han har varit medlem i Svenska Medicinska Fakulteten sedan 1965 och är nu medlem i styrelsen för Svenska Medicinska Fakulteten. Han har varit medlem i Svenska Diabetisförbundet sedan 1965 och är nu ordförande i styrelsen för Svenska Diabetisförbundet. Han har varit medlem i Svenska Läkaresällskapet sedan 1965 och är nu medlem i styrelsen för Svenska Läkaresällskapet. Han har varit medlem i Svenska Medicinska Fakulteten sedan 1965 och är nu medlem i styrelsen för Svenska Medicinska Fakulteten.

Docent Gunnar Engleson, ledamot av Svenska Diabetisförbundets styrelse och läkarråd



Mono- component- insulin

Sedan omkring ett år har en del diabetesspecialister till sitt förfogande haft ett nytt insulin från Novo, som kallas monocomponentinsulin.

Detta insulin, som är ytterst rent, är resultatet av ett betydande forskningsarbete, dels vid Novos forskningslaboratorier och dels vid deras diabetessjukhus Hvidöre i Köpenhamn.

Orsaken till att man inriktade sig på denna forskningsuppgift var bl a och kanske huvudsakligen att man ville framställa ett ytterst rent insulin. Resultatet blev monocomponentinsuliner. För närvarande finns Semilente och Actrapid tillgängliga på apotek, dessutom finns ett insulin som motsvarar Lente ute på klinisk prövning runt om i landet. Novo räknar med att så småningom tillhandahålla samtliga

sina insulinpreparat i monocomponentinsulin.

Man frågar sig varför vi behöver dessa synnerligen rena insuliner. På det kan svaras att orsakerna är flera, men att antikropps bildning mot det till diabetiker givna insulinet är den viktigaste. Det är nämligen så, att praktiskt taget alla diabetiker, som får insulin, efter en viss tid utbildar antikroppar mot insulin, dvs substanser, som motverkar och kan upphäva effekten av den givna insulin dosen.

I många fall är denna antikropps bildning av ringa betydelse vid behandlingen av diabetikern, men ofta ger insulin-antikropps bildningen anledning till svårigheter vid inställningen och kontrollen av den sockersjuke. Ett vanligt tecken på att antikropps bildning har skett är att insulinbehovet stiger och stiger, ofta till 100—200 internationella enheter.

Jag skall inte gå närmare in på det tekniska och laboratoriemässiga förfarandet vid framställning av monocomponentinsulin. Det är ett speciellt fraktioneringsförfarande, som leder till att man får ett insulin, som är nästan lika rent som kemiskt framställt insulin och som i varje fall ej leder till uppkomsten av antikroppar.

På barnkliniken i Lund har vi i ett knappt års tid provat dessa monocomponentinsuliner på ett drygt 15-tal patienter. Hälften av dessa är patienter, som haft ett mycket stort insulinbehov, vilket lett till svårigheter vid kontrollen och skötseln av diabetessjukdomen. I samtliga fall har patienternas insulinbehov gått ner till hälften eller 2/3 av den tidigare insulindosen,

sedan vi börjat med monocomponentinsulin. Samtidigt har kontrollen av sjukdomen avsevärt förbättrats. Som ett exempel vill jag nämna en flicka, som hade ett insulinbehov på 130 IE per dag och där man hade stora bekymmer med kontrollen. Hennes insulinbehov är nu nere i 40 IE av monocomponentinsulin.

Andra patienter, som erhållit monocomponentinsulin har varit nyinsjuknade diabetiker. Anledningen till att dessa barn fått monocomponentinsulin är att man velat undvika bildningen av antikroppar mot insulin och därigenom få möjlighet till en bättre och smidigare diabeteskontroll under lång tid.

Det är också troligt — eller i varje fall möjligt — att dessa monocomponentinsuliner — använda redan vid diabetessjukdomens debut — kan bidra till att minska de sena kärllkomplikationer som kan drabba diabetikern. Dels får man ju en bättre inställning — och en god diabetesinställning och kontroll är av största betydelse i detta sammanhang — av diabetestillståndet genom att inga antikroppar utbildas, dels kan man — i varje fall ur teoretisk synpunkt — förmoda att en minskad bildning av antikroppar mot insulin leder till mindre immunologiska reaktioner, något som kan tänkas vara av värde för uppkomsten av senkomplikationer. Men detta får tiden utvisa — och det tar mycket lång tid.

Allt som allt får monocomponentinsulinet betraktas som ett värdefullt tillskott vid behandlingen av diabetes.

Norska förbundet

25 år

Jubileet firades under mycket högtidliga former med ett »festmöte» i universitetets aula med de berömda freskomålningarna av Munch. Den norska stora radioorkestern spelade och i talens rad blev dr Erling Wangs höjdpunkten. Han var med från starten för 25 år sedan, då inga andra läkare och inte heller diabetiker i framskjuten ställning var beredda att stå för arbetet. Första ordföranden, ännu aktive Dagfinn Kluge, berättade hur man startade med 35 kronor i kassan och hur han lånade företagets bil med egenhändigt gjorda plakat och körde Karl Johan upp och ned för att få folk till första mötet. Det kom 300 personer. Danska förbundet hjälpte det norska förbundet verksamt och överlämnade fö nu 8.300 danska kronor som jubileumsgåva.

För sina insatser »för fosterlandet och mänskligheten» dekorerades dr Wang med St. Olaus orden av högsta graden. Dr Wang personligen har betytt mycket även för det svenska förbundet som folkupplysare bl a genom sin ypperliga film om diabetes.

Högtidsdagen kulminerade efter en flott middag på frimurarlogen i ett gåvoöverlämnande i samma stil som på våra egna riksstämmor men med ett aldrig skådat resultat:

225.000 norska kr. Föreningarna från Bodö i norr till Stavanger i väster och Oslo i söder visade ett enormt förtroende för förbundet genom denna riksinsamling. Överlämnandet skedde i närvaro av representanter från riksdag och regering. Vi lyckönskar verkligen det norska förbundet och dess 17.000 medlemmar.

Nancy Eriksson

Obs!

Gång på gång har föräldrar till barn med diabetes — i ett par fall tvillingar — hemställt om vårdbidrag. Och gång på gång har begäran avvisats av det skälet, att små barn skall ha vård ändå, om de är sjuka eller ej. Halva löften om ändring har ibland givits. Nu bör alla med små diabetiska barn göra ett nytt försök att erhålla bidrag. Man kan nämligen åberopa sig på ett beslut av riksförsäkringsverket, som fastställts av försäkringsdomstolen, om att vårdbidrag i form av invaliditetsersättning ska betalas ut för en fem månaders baby, som är mongoloid och har hjärtfel. Försäkringsdomstolens beslut är klokt och bör kunna få tillämpning även på små diabetesbarn, som har insulinbehandling. Varför vårdbidraget skall kallas invaliditetsersättning kan man ju dock undra. Ska det vara så svårt att erkänna att vård av ett litet barn är mer krävande om barnet har t ex diabetes? Ta bort ordet invaliditet och betala vårdbidrag!

NE

Nu byter vi den osockrade mot Ekströms goda SmalkostNypon med fruktsocker.

Snart försvinner den osockrade nypon-soppan från hyllan i din butik. I stället får du Ekströms Smalkostnypon som är söttad med fruktsocker.

Det är en kolhydrat- och kalorisnål nyponsoppa med frisk och god smak.

Näringsdeklaration:

100 g pulver ger ca 350 kalorier, 85 g kolhydrater (varav 45 g av fruktos), 1 g protein, 0,5 g fett och 290 mg C-vitamin.

1 portion (2,5 dl) soppa ger ca 70 kalorier, 17 g kolhydrater (varav 9 g av fruktos) och 60 mg C-vitamin. Produktens färg kommer enbart från fruktråvaran. 1 portion ger ungefär samma kolhydrat- och kalormängd som 1 apelsin och 1 äpple.



Granskat av



Gruppresan – fin form för diabetiker

Av Eric Blaustein

Författaren redaktör Eric Blaustein med hustru Birgitta, diabetiker, och dotter Erika deltog i Diabetesförbundets resa till Ulcinj, Jugoslavien.

Min hustru Birgitta fick sin diabetes för några år sedan. Den blev »hoppande», med svåra insulin-känningar och andra komplikationer. Läkarna sade att Birgitta var »svårinställd». Det satte liksom stopp för alla resor för familjen. Det blev liksom stopptecken för allt vi tyckte om — att resa ut, uppleva nya miljöer, nya människor, koppla av och — leva!

Så kom alltså detta med Diabetesförbundets diabetesresor till olika resmål med den stora tryggheten att det finns med en läkare eller kunnig sjuksköterska, att det på platsen finns en kunnig representation från reseföretagets sida, att man har garantier för att vetlig diabetiker mat serveras.

Och så tog vi alltså »språnget». Vi gav oss iväg.

Mor sade: Jag kommer säkert att ligga sjuk på mitt rum hela tiden.

Far sade: Det ordnar sig nog.

Unga dottern sade: Det blir nog döträåkigt.

Alla hade rätt och alla hade fel.

Allt ordnade sig. Diabetesmaman blommade upp som aldrig förr. Pappa och make kände äntligen hur den lugna floden av relax flöt ut i muskler och sinnen. Unga dottern träffade diabetessjuka i ungefär samma ålder och tillbringade dagarna på stranden, omvärvda av ett hov av uppvaktande kavaljerer. Nätterna — jo, naturligtvis, i detta fall, danskrogen Kalimera.

Det här skulle alltså betyda att alla ålderskategorier på en diabetesresa har lika kul som vilka andra charterresenärer som helst, lika fria som vilken resenär som helst. Det var en ganska härlig syn, en mycket uppmuntrande sådan, att se diabetesgänget strövande på olika utflyktsmål och med »hålligång-aftnar» på olika dansställen.

Vad tjänar det då till med speciella diabetikerresor. Många ringde Diabetesförbundet och undrade om det var någon sorts kurhistoria. En



Birgitta Blaustein, diabetiker, 48: Jag var helt inställd på att mitt liv ifråga om resor var slut. Och så upptäckte jag på denna resa att jag hade fel. Nu sparar jag till nästa — diabetikerresa eller privat. Nu vet jag att jag klarar det.

dyster sådan, med övervakning och sträng, ledsam diet.

Nej, friheten var fullständig. Men — tryggheten fanns där. Den medicinska tryggheten i form av »syster» Birgitta Adolfsson från Kalmar. Övrig trygghet i form av Resos platsrepresentation, Harry Veldman, hans fru Myrna, Tommy Eliasson, som skötte motionen, och Ulf Bystedt, som skötte utfärderna. Det hände inga speciellt dramatiska medicinska situationer. Det hände inga ingripanden som direkt berodde på diabetes, men däremot av andra, vanliga »turiståkommor». Magbesvär t ex. Eller att man solbränt sig för häftigt eller att diabetikerna simmat för mycket och därmed kommit i obalans med insulindosen, som är inställd på de-

ras normala aktivitet i hem och arbete.

Maten...? Jo, den var utsökt. Men någonstans kan ju alltid missförstånd uppstå. Någon klagade över för mycket sås, varpå resultatet blev att diabetikerna plötsligen icke fick någon sås alls. Det såg mycket torrt och oinspirerande ut. Man frågade sig också stillsamt hur det kunde serveras så mycket pommes frites och potatis. (Det var portionsservering på tallrik). Problemet borde inte ha varit alltför svårt, ty varje diabetiker kan sin sjukdom, har talat med läkare och dietister. I princip är det alltså, utifrån den egna kunskapen om diabetes och den individuella situationen, att vraka och välja. Jugoslavien är ett vänligt land, och



Ull-Britt Blomquist, sjukvårdsbiträde i Stockholm, t h, skulle aldrig ha rest ut om hon inte haft Diabetesförbundets trygghetsservice. Ull-Britt är 25 år. Det var hennes första utlandsresa. Erika Blaustein, 16, t v (ej diabetiker), trodde att alltsammans skulle bli dödstråkigt. Nu tjarar hon om att få resa tillbaka.



Alice Wallén, Tierp, kopplar av på playan. 35 grader i skuggan den här dagen.

bjuds det så sker det med besked, men ingen tar illa upp om någon tackar nej.

Sammanfattning: För oss som har skrivit det här, var det en underbar trygghet att ha syster Birgitta inom räckhåll, en trygghet att hela Resos platsrepresentation visade ett sådant intresse. För unga flickan Erika en sensation att man kan åka på en sådan här resa och ändå hålla igång så långt kraften räcker.

För första gången ifråga om diabetesresor har i övrigt Resos platsrepresentation hållit sammanträde med diabetikergruppen. Det kommer i sinom tid en rapport — t ex om man vill åka till olika mål varje år eller hålla sig på samma ställe, så att man vet att personalen på restaurang och hotell verkligen lär sig dessa speciella problem. Slutord: Erika och Eric upplevde som anhöriga trygghetsgarantin som

den första riktiga avkoppling de haft under många år. Diabetes-sjuka mamman löpte ingen risk. Skööönt!!!

* * *

Resmålet den här gången: Ulcinj, Jugoslavien, någon mil från albanska gränsen, milsvida badstränder (med tillfälle till näck). Klimat under resperioden: 25 grader i Adriatiska havets vatten och stundtals 35 grader i skuggan. Onormalt. Det normala är varm skön sommar. Resväg: Stockholm — Köpenhamn — Tivat i Jugoslavien. Därefter 2 timmars bussresa — svettig sådan. Ett minimum av formaliteter vid pass- och tullpassage och incheckning på hotell. Ulcinj: ett badparadis, 5 km från en mycket gammal stad där man bara åker århundradena tillbaka i tiden.

TÄNK PÅ NARKOTIKA- PROBLEMET!

Glöm ej att förstöra
Era använda
engångssprutor

Fira jul och nyår på Diabetesgården

Diabetesgården i Nordanede håller öppet fr o m den 21 december och hälsar diabetiker och deras anhöriga välkomna till en trivsam vistelse under jul- och/eller nyårs-helgerna.

Lugnt och skönt och ett gott, diabetesvänligt julbord. Vad sägs om ett slädparti i verkligt vit snö?

Beroende på beläggningen håller

Diabetesgården öppet även i fortsättningen.

Pris: helpension 35:— kronor (för diabetiker 20:—). Barn under 15 år halva priset.

Almälan direkt till

Svenska Diabetesförbundet
Box 6609
113 84 Stockholm
Tel 08/34 09 10

Undertecknad beställer härmed plats på Diabetesgården för

..... person/er (varav barn under 15 år)

under tiden fr o m den

t o m den

(Texta gärna)

Namn:

Adress:

Postnr/
Postadress:

Telefon: /

Riktnr Nr

Varför en diabetiker bör övergå från Sorbitol* till Fruktsocker

Eftersom diabetiker inte kan använda vanligt socker, har de hittills varit tvungna att nöja sig med olika slags artificiella sötningsmedel eller Sorbitol. I dag finns det ett natursocker i handeln som också diabetiker kan använda. Det är Fruktsocker (Fruktos), i många avseenden överlägset vanligt socker.

Innan Sorbitolen kan tillgodogöras måste den först av levern omvandlas till fruktsocker. Fruktsockrets inverkan på blodsockerhalten är måttlig och jämn.

SORBITOL*

URSPRUNG

Sorbitol är en sockeralkohol som förekommer i naturen endast i små mängder (i vissa frukter och bär, t ex rönnbär).

SÖTHET OCH KALORIER

Kalorivärde ca 4 kcal/g. Söthetsgraden är omkring 60% av det vanliga sockrets. Ofta har man varit tvungen att tillsätta sackarin för att höja söthetsgraden till det vanliga sockrets.

SMAK

Det anses allmänt att Sorbitol, isynnerhet med tillsats av sackarin, är mindre tillfredsställande ur smaksynpunkt.

BIEFFEKTER

Sorbitol kan förorsaka retningar i tarmkanalen med åtföljande gasbesvär och diarré. Detta innebär att övriga familjemedlemmar inte gärna äter sorbitolsötad kost.

FRUKTSOCKER

Fruktsocker är ett natursocker som i rikliga mängder finns i t ex frukter, bär och honung.

Kalorivärde ca 4 kcal/g. Fruktsocker — mer än två gånger sötare än Sorbitol och betydligt sötare än vanligt socker — är helt fritt från alla tillsatssämnen. Man klarar sig alltså med mindre mängder och minskar härigenom sitt kaloriintag.

Smakar som vanligt socker. Fruktsocker framhäver smak och aromer, speciellt i desserter, frukter och bär.

Inga konstaterade bieffekter. Detta innebär att hela familjen kan äta samma välsmakande kost — inget extrabesvär med dubbel matlagning längre.

SORBITOL*

LÄMPLIGHET VID MATLAGNING,
BAKNING OCH KONSERVERING.

Sorbitol ger inte bakverk brun färg och påskyndar heller inte jäsning. Sorbitol som förstärks med sackarin måste tillsättas efter tillagningen, eftersom sackarin inte är värmebeständigt.

TILLGÄNGLIGHET

Sorbitol finns som apoteksvara. Sorbitol med tillsatt sackarin säljs under varumärkena Heistad Strösötmedel och Sionon i livsmedelshandeln och hälsokostaffärer.

PRIS

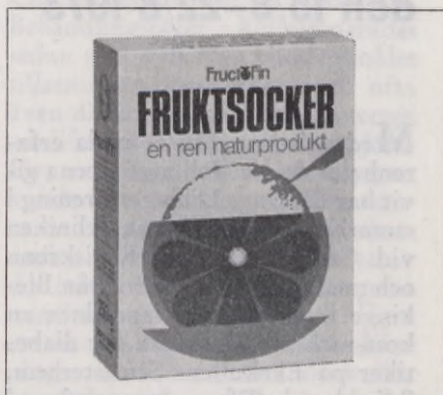
Prisjämförelsen är baserad på SSF:s prislista daterad 4.6.-73 och avser stockholmsområdet.

Heistad Strösötmedel* 200 g paket 2.92 (14.60/kg).
Heistad Strösötmedel 700 g burk 9.25 (13.20/kg).

DIABETIKERANVÄNDNING

Max 40 g Sorbitol som beståndsdel av den av läkare föreskrivna dieten fördelat under dagen. Kalorimängden (kolhydrat) bör beaktas vid de dagliga kaloriberäkningarna.

Recept med Fruktsocker kan utan kostnad beställas från Fruktosinformationen i Sverige Folkungagatan 20, 411 02 Göteborg. Prova Fruktsocker redan i dag!



*Varudeklaration:
Heistad Strösötmedel:
Sorbitol 99,9%
Natrium sackarin 0,1%
Sionon:
Sorbitol 99,89%
Natrium sackarin 0,11%

FRUKTSOCKER

Används som vanligt socker men i mindre mängder, eftersom det är sötare. Eftersom bakverk med fruktsocker snabbare antar brun färg, bör ugnstemperaturen minskas med ca 20°C. Fruktsocker är lämpligt vid konservering av bär och frukt eftersom det accentuerar den naturliga aromen.

Fruktsocker finns i livsmedelshandel och hälsokostaffärer.

Fruktsocker 250 g paket 2.74 (10.96/kg). Dessutom är Fruktsockret sötare, vilket ger ännu bättre sötningsekonomi.

Max 60 g fruktsocker som beståndsdel av den av läkare föreskrivna dieten, fördelat under dagen. Kalorimängden (kolhydrat) bör beaktas vid de dagliga kaloriberäkningarna.

SUOMEN SOKERI

— tillverkare av Sorbitol och Fruktsocker.

Av dr Jan Spjuth



Dr Jan Spjuth, bitr. överläkare, medicinska kliniken, Centrallasarettet, Karlskrona

Rapport från diabetesveckan på Ekekullens semesterhem i Spjutsbygd den 15/8–22/8 1973

Med anledning av de goda erfarenheter de sk Vallboveckorna givit har Blekinge Diabetesförening i samarbete med medicinska kliniken vid Centrallasarettet, Karlskrona och med ekonomiskt stöd från Blekinge läns landsting anordnat en kost- och motionsvecka för diabetiker på Ekekullens Semesterhem, Spjutsbygd. Efter annonsering i ortspresen och information till föreningens medlemmar kunde antalet deltagare fastställas till 23,

vilket innebar att i stort sett alla intresserade kunde beredas plats. Antalet deltagare visade sig vara tämligen idealiskt, eftersom det möjliggjorde en viss individuell handledning och information, vilket var nödvändigt med hänsyn till de varierande förutsättningarna med en åldersspridning mellan 20 och 67 år. Det övervägande antalet deltagare var insulinkrävande, endast fem stod på peroral behandling. Inkvarteringen ägde rum på

Ekekullens Semesterhem och deltagarna förlades i en- och tvåbäddsrum. Lokaliteterna var väl lämpade för ändamålet med ett stort dagrum, som utnyttjades som lektionssal, och ur motionssynpunkt fanns i omgivningen strövområde och dessutom Spjutsbygds idrottsplats, löparbanor, fotbollsplan, tennisplan med dusch och omklädningsmöjligheter.

Den fysiska träningen var förlagd till ett förmiddags- och ett eftermiddagspass och leddes på ett förträffligt sätt av gymnastikdirektör Sivert Lindkvist, Ronneby. Deltagarna indelades i tre motionsgrupper efter de individuella förutsättningarna till fysisk aktivitet, som givetvis varierade mycket i denna heterogena samling med en blandning av elitidrottsmän och tidigare fysiskt inaktiva pensionärer, varav några hade symtom på hjärt-kärlsjukdomar och med blodtrycksbehandling. Stor vikt lades därför vid att individualisera den fysiska aktiviteten och målsättningarna var att framför allt entusiasmera deltagarna till ökad motion även i fortsättningen efter hemkomsten. Man informerade om motionsprogram med cirkelträning på olika nivåer, konditionstest m m. Entusiasmen var stor på alla håll och på några håll alltför stor och trots att man vinnlade sig om en mjuk start under de första dagarna, drabbades några av deltagarna av muskelbristningar, men i stort sett kunde den fysiska träningen genomföras programenligt utan större skador.

Dietinformationen upplevdes av deltagarna som måhända den största behållningen av kursveckan inte

minst beroende på den bristfälliga kostinformation, som deltagarna fått tidigare och som ju är ett erkänt försummat kapitel på våra diabetesmottagningar med den tidsbrist och det jäkt som råder där. I likhet med många andra landsting saknas fortfarande dietist i länet. Denna mycket väsentliga uppgift sköttes nu av dietist Siv Hovstadius, Lund, och kostinformationen gavs dels lektionsvis på teoritimarna, dels också praktiskt tillämpad i samband med måltiderna. Dessutom fick var och en av deltagarna under kursveckan individuell kosthandledning.

En viktig målsättning bedömdes vara att ge deltagarna instruktion om självkontroll. Under hela kursveckan utförde deltagarna stickprovskontroller av urin med Clinitest vid fyra tillfällen dagligen, nämligen på morgonen, före lunch, före middagen och före kvällsmålet. Dessutom gjordes bestämning av morgonblodsockret vid tre tillfällen med hjälp av personal från Centrallaboratoriet på lasarettet. Behandlingsläget kollationerades sedan gruppvis före middagsmålet tillsammans med läkare och ofta även dietist, varvid kost och terapi modifierades på lämpligt sätt. Jämfört med läget under första dygnet kunde man genomgående konstatera en normalisering av urinsockerutsöndringen och de allra flesta av de insulinbehandlade deltagarna minskade sitt insulinbehov. Några enstaka tillfällen med insulinkänningar inträffade, som dock lätt kunde korrigeras med peroral glykostillförsel. En uppföljning har gjorts i samband med återbesök på sockermottagningen några veckor

efter kursens slut, och man har då ett bestämt intryck av att den positiva effekten bestått, även om några av deltagarna fått återgå till sin gamla insulindos. Flera uppger att möjligheten till självkontroll gett dem en större säkerhetskänsla och att man själv kan korrelera sin behandling i relation till kost och fysisk aktivitet.

Den teoretiska delen av verksamheten försiggick under ett förmiddags- och ett eftermiddagspass och omfattade utöver kostinformation av dietist Siv Hovstadius även föredrag av överläkare Nils Andersson och författaren av denna rapport om olika aspekter på diabetessjukdomen, njursjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar framför allt med betoning på dess riskfaktorer. Sjuksköterskan Irene Persson informerade om injektionsteknik, sprutvård m m och Yngve Stranke talade som representant för Svenska Diabetesförbundet även om en del sociala och skattetekniska frågor. Fotvårdsspecialisten vid Centrallasarettet, Gunilla Larsson, medverkade även. Avslutningsdagen besökte professor Bernt Hökfeldt kursen och höll under förmiddagspasset ett mycket uppskattat föredrag om diabetessjukdomen och fungerade på eftermiddagen som moderator i en paneldiskussion med övriga handledare, där man som underlag för diskussionerna givit deltagarna tillfälle att inkomma med skriftliga frågor. Under kursen igångsattes även en rökavvänjningsgrupp på 5—6 deltagare och som enligt underhandskontakter efteråt förefaller ha haft en viss framgång.

Den under avslutningsdagen av-

krävda kurskritiken var nära nog översvallande positiv och några negativa synpunkter framfördes inte att beakta inför en eventuell återupprepning av arrangemanget. Framför allt tycktes kursdeltagarna uppskatta att även handledarna deltog i alla aktiviteter och även bodde på kursgården, vilket gav möjlighet till utbyte av erfarenheter även utanför den schemalagda verksamheten. Utbytet blev också i allra högsta grad ömsesidigt; för läkare, dietist och sjuksköterska gav diabetesveckan ett omistligt tillfälle att sätta sig in i diabetikernas situation och hur denne upplever sin sjukdom. Diabetesveckan bevisade också det stora värdet av att ha tillgång till en dietist och man kan bara hoppas på huvudmannens förståelse för hur pass väsentligt dietistens arbete är, inte minst i diabetesvården.

Hjälp Diabetesförbundet i dess arbete!

Tidningen DIABETES vill erinra om att allt fler och fler utnyttjar möjligheten att i stället för att ge blommor till avlidnas bårar skänka ett bidrag till Svenska Diabetesförbundet och på så sätt hjälpa till i kampen mot den tilltagande folksjukdomen diabetes. Bidragen kan insättas på postgirokonto 90 09 01 - 0.



Vallbovecka i Blekinge

Det bästa för en diabetiker är att försöka leva så normalt som möjligt både när det gäller kosten och kroppsaktiviteterna. Det fick vi diabetesdeltagare från Blekinge uppleva tillsammans med våra duktiga läromästare på semesterhemmet Ekekullen i sommarsköna Spjutsbygd, 2 mil norr om Karlskrona under tiden 15/8—22/8 1973.

Initiativtagare till kursen var Diabetesföreningen i Blekinge och Blekinge läns landsting. Det senare har bidragit med viss del av kostnaderna, och dessutom hade vi ett utomordentligt stöd av vår överläkare Nils Andersson på Centrallasarettet i Karlskrona. Åldern på deltagarna var mellan 20 och 67 år.

Dagsprogrammet började kl 6.45 fm och slutade kl 21.00 em och

det var ett ständigt givande och tagande mellan såväl de olika kursdeltagarna som från dem som medverkade i olika sammanhang under kursveckan. Vad som var mest utmärkande under denna vistelse var det goda kamratskap som rådde mellan alla deltagarna. Ung som gammal deltog med intresse i de olika lektionerna och motionstimarna som förekom. Det visade sig att medicineringen minskade om vi ökade aktiviteten. Dr Jan Spjuth, som var vår läkare under vår kursvistelse, hade dagligen kontakter med oss för att kolla våra värden då vi tog urinsockret fyra gånger dagligen. Dessutom kom Centrallasarettets laboratoriesköterska och tog blodsocker på oss tre gånger under veckan. Vår instruktionssköterska, syster Irene, var alltid lika rar och omtänksam. Hon lärde oss injektionsteknik och pysslade om oss när någon blev »justerad» vid landhockey eller volleyboll.

Clinitest- och Clinistix-prov blev vi även undervisade i, och efter någon lektionstimma klarade alla den proceduren galant.

Vår dietist, Siv Hovstadius, samarbetade utmärkt med husmor, Tyra Löfqvist, så att var och en fick rätt kalorital på sin kost, som verkligen fick betyg som utmärkt folk-kost, dvs fett- och kalorisnål mat. Detta tillsammans med regelbunden motion minskar medicineringsbehovet för diabetikern och man mår bara bra och det gör ju även en i övrigt frisk människa.

För motionen och gymnastiken svarade gymnastikdirektör Sivert Lindquist, som verkligen kunde trimma oss med gymnastik och mo-

tionsrundor i blekingsk natur utan några större problem med insulin-känningar, för då fanns alltid doktor Spjuth och syster Irene på plats, vilka också dagligen deltog i den fysiska delen av dagsprogrammet.

Vår överläkare Nils Andersson var, när tiden tillät, på besök, och särskilt minns vi hans intressanta föredrag om diabeteskongressen i Bryssel, där en del nyheter om diabetes redovisades.

Vår duktiga och vänliga fotvårdsspecialist på Centrallasarettet i Karlskrona, Gunilla Larsson, besökte oss en dag och informerade och visade en utmärkt film om fotvård där vi fick lära oss att vara rädda om våra fötter.

På tisdagen den 21 augusti var det final. Då besöktes vi av professor Bernt Hökfeldt från Malmö, som höll ett upplysande och intressant föredrag för alla kursdeltagare och inbjudna läkare, sköterskor och intresserade från lasaretten i Karlskrona och Karlshamn. På eftermiddagen hölls en paneldiskussion där kursdeltagarna hade framfört skriftliga frågor — ett uppskattat och trevligt inslag i kursveckan.

Vi diabetiker på denna Vallbovecka i södra Sverige har under tiden med all säkerhet lärt oss att framför allt bli vän med vår sjukdom, och i vårt tack, som vi framförde sista dagen till våra vänner Jan Spjuth, Irene Persson, Siv Hovstadius och alla andra för de kunskaper och lärdomar vi fått här under vår vistelse, innefattar vi den förhoppningen att det inte blir den sista Vallboveckan i vårt fagra Blekinge.

Yngve Stranke

FRÅGAN ÄR FRI

Fråga: Jag har haft diabetes sedan 1945. Nu har jag 13 streck Novo Lente insulin som jag injicerar kl 7. Trots att jag inte äter något på hela förmiddagen undgår jag insulin-känningar. Detta bedömer jag så att insulinresorbtionen är mycket liten under förmiddagen och att det finns leverglykogen som kan garantera blodsockret. Är detta riktigt?

När jag sedan äter kl 12—13 kan emellertid inte levern omhänderta allt sockret som nu strömmar till, varför socker går ut i blod och urin. Har kontrollerat detta med clinistix reagensstickor. Det svår-förståeliga för mig är dock att det så snabbt slår över till insulinkänningar framot kl 16—17. Beror detta på att leverglykogenet är för litet beroende på att det förlorats i urinen? Insulinresorbtionen måste väl också vara större nu?

Sedan äter jag vid 17—18-tiden och sjukdomsbilden upprepas. Socker går ut i urinen till att börja med, men det hela slår snabbt över till hypoglykemi framåt 9-tiden. Hur kan motsatsförhållandet ske så snabbt. Jag måste därför också äta något senare på kvällen.

Då jag haft diabetes länge är det då möjligt att jag får känningar redan när urinen blir sockerfri? Eller kan jag ha ett lågt tröskel-värde? Skulle också vilja veta om levern är enda källan som fyller på blodsockret eller om också muskel-

glykogenet släpps ut i blodet vid hotande hypoglykemi? Med andra ord: det socker som finns i blodet, härstammar det endast från levern?

Intressanta problem

Svar: Ni har helt rätt så gott som i alla Era antaganden. Det viktiga att komma ihåg är att »sockerfri i urin» inte betyder att blodsockret *alltid* måste vara lågt. Sockerfri urin förekommer vid a) lågt blodsocker, b) normalt blodsocker (sockerfri urin förekommer ju alltid hos icke-diabetiker), c) hög blodsockernivå, i de fall där njurtröskeln för socker är hög. Det sista kan man inte utesluta för Er som haft diabetesjukdomen i snart 28 år. Detta betyder att på förmiddagen *kan* Ni mycket väl ligga med relativt högt socker i blodet, men ändå ha sockerfri urin. Insulinkänningar inträffar givetvis inte förrän maximeffekten av insulin Novolente inträffar, nämligen vid 16—17-tiden. Novolente som är en medellångverkande insulinsort innehåller två komponenter, en kortverkande, Semilente, och en långverkande, Ultralente. Det är inte ovanligt att effekten av det långverkande insulinet kan återkomma efter middagsmålet eller fram på kvällen. Bakom detta ligger delvis som Ni säger att sockret inte lagras upp som leverglykogen utan lämnar kroppen som urinsocker. De viktigaste källorna till socker i blodet är levern och i någon mån njurvävnaden. Vad beträffar muskulatur så saknar detta organ ämnen som bryter ner muskelglykogenet till glykos (socker) och kan alltså inte lämna muskelcellerna. Där-

VALFRIHET

även när man behöver sockerfritt. Heistad kan ge dig det — ett sockerfritt sortiment med verkligt stora möjligheter till variation. Du finner allt du kan behöva av saft, sylt, marmelader, kompotter, frukt- och grönsakskonserver. Alltid med högsta klass på råvarorna. Och om du behöver söta finns Diabet, doseras som vanligt socker.

De nya snygga glasburkarna gör det extra trivsamt med Heistad på bordet.

Heistad har mycket gott att välja på!



Ett tips
Har du svårt att bitta de sockerfria produkterna i din affär? Tala med din handlare att han samlar det sockerfria sortimentet på en plats. Då spar du tid.

tre säljare: Importörvägen 19, 121 73 Johanneshov, tel. 08/81 01 25

Sändes till tre säljare — någon av adresserna nedan.

NAMN

Vi har gjort en sortimentsbroschyr där du får fullständiga informationer om vad Heistad-produkterna innehåller och hur de ser ut. Skicka in kupongen eller ring — så kommer den på posten.

ADRESS

POSTADRESS

Heistad

Ledande tillverkare av diabetesprodukter.
Marknadsföres av tre Säljare.



Box 5, 200 72 Malmö 1, tel. 040/687 87 · Kullegatan 14, 412 62 Göteborg, tel. 031/16 31 70

emot kan vissa ämnesomsättningsprodukter som mjölksyra och äggviteämnen strömma från muskulturen till levern och där omvandlas till socker, upplagras som glykogen och på nytt återgå i blodcirkulationen som socker.

Fråga: Jag har diabetes sen 1970 och fick först tabletter men sedan 1,5 år insulin Novo Lente. Jag skulle vilja ha svar på frågan varför jag fått sådan förfärlig sveda och värk i tårna på ena foten. Har sökt läkare men har sa att det inte fanns något att göra. Det började hösten 1972 och det vill inte bättra sig igen. Finns det ingen medicin som kan hjälpa mig?

HH

Svar: Möjligtvis föreligger en rubbning av nervtrådarna som leder ut till tårna på ena foten. Det kan också röra sig om cirkulationsförändringar. Det är dock helt omöjligt att ens våga gissa vad det rör sig om, utan att undersöka Era fötter på olika sätt. Jag kan därför bara råda Er att på nytt fråga läkarna om det har med cirkulationen och nervtrådarna att göra. Det hade underlättat en hel del om Ni hade talat om vilken ålder Ni har, om det syns någonting på fötterna etc.

Fråga: Är diabetes och alpbestigning oförenligt? Läste i nr 4/73 under rubriken »Nancy Eriksson ur News Bulletin» att man i Eng-

land anser att bl a alpbestigning och simning bör undvikas. Är detta någonting som våra diabetesexperter instämmer i? Är det inte här också fråga om ett avvägande från patient till patient? Om det inte är det, så har jag verkligen brutit mot expertisen denna sommar. Första delen av sommaren, dvs från omkring pingsthelgen till i andra hälften av juli, tillbringade jag säkerligen 2 timmar per dag i det våta elementet — simmande — uppdelat på 4—5 olika tider på dagen. Senare hälften av juli och början av augusti tillbringade jag i Syd-Bayern, dvs i de tyska alperna och företog flera gånger vandringar — många gånger ganska ansträngande — från 800 m över havet till upp över 2000 m. Vandringar, som ibland — naturligtvis med avbrott i lämpliga intervaller — kunde ta en dag i anspråk. Det märkliga är dock att jag under våren hade svåra perioder med återkommande insulinkänningar på gränsen till medvetlöshet, men inte en gång under dessa sommarmånader — med så stor aktivitet — råkade jag ut för några. Naturligtvis minskade jag insulindosen och kaloriintaget ökade naturligtvis i takt med ansträngningen, men de kontroller jag regelbundet företog av urinsockermäanderna visade tillfredsställande resultat, dvs mellan 0 och högst 0,5 procent med fullt normala urinmängder, alltså ungefär desamma som jag försöker hålla »till vardags». Tyvärr är ju blodsockertestmaterialet för egna kontroller så dyrt, att man ej kan kosta på sig det, annars hade det säkert varit av värde under ovan nämnda förhållanden.

Med anledning av mina egna erfarenheter skulle jag därför gärna vilja veta, om det är en generell regel att diabetiker avråds från dessa båda verkligt stimulerande motionsgrenar, simning och bergsklättring (utan lina och spikar och andra avancerade hjälpmedel) i så fall vill det till mycket självövertinnelse, åtminstone för mig, att i fortsättningen motionera tillräckligt. Till saken hör att jag är diabetiker sedan 25 år — med ständig insulinbehandling.

U G

Svar: Självfallet skall fru U G inte upphöra med dessa sportgrenar, simning och alpbestigning, eftersom Ni mår utomordentligt väl av detta både fysiskt och psykiskt. Att Ni lyckas med dessa i och för sig »svåra sportgrenar» och under lång tid kan utföra kraftigt fysiskt arbete beror på att Ni skickligt har lärt Er att balansera de olika faktorerna insulin — födoämnesintag och fysisk aktivitet med varandra. Jag är också övertygad om att fru U G inte ger sig ut ensam utan är klok nog att ha någon kamrat med Er, som är välinformerad om diabetessjukdomen. Simningen föreställer jag mig att den sker i bassäng eller att Ni i varje fall inte ger Er ut på alltför långa halsbrytande simturer i öppna havet. Jag har haft tillfälle att sköta patienter som spelat högklassig fotboll, ishockey, bandy m m, och jag vet att det går alldeles utmärkt att klara av dessa sportgrenar utan att råka ut för känningar, bara man lär känna sin kropp och hur insulin — föda och motion påverkar blodsockerbalansen. Den enda sportgren

som jag hesiterar en aning för att rekommendera är orientering nat-tetid. Jag kan bara gratulera fru U G till de goda resultaten. Det vore roligt att höra från andra diabetiker om motsvarande prestationer och kanske framför allt få mer i detalj reda på hur Ni planerar dagar med uttalad fysisk aktivitet. Många diabetiker skulle säkert vara oerhört tacksamma för råd och bli stimulerade av information.

Fråga: Vilka undersökningar bör man få i samband med sockerkontroll? Tacksam för ett entydigt svar.

Karl

Svar: För insulinkrävande diabetiker vill jag rekommendera följande analyser vid rutinkontroll som utföres flera gånger årligen:

1. Blodsocker, vanligtvis på morgonen, helst *inte* fastevärden.
2. Urinsocker jämte ketonkroppar (=s k syror) i fyra portioner per dygn. Vid mild diabetes enbart dag- och nattportioner.
3. Urinäggvita.
4. Kroppsvikt (mycket viktigt!).
5. Gärna urinodling.
6. Blodtryck, om känd blodtrycksförhöjning.

Vid s k årlig kontroll kompletteras med undersökningar av bl a ögonbottnar, blodtryck, perifer cirkulation, reflexer, blodvärde, SR, njurfunktion och elektrokardiogram.

Fråga: Jag har några frågor att ställa angående ett uttalande som jag har hört. Nämligen att kvinnor med diabetes i släkten inte bör använda sig av p-piller.

a) Varför bör de inte göra det?

b) Gäller förbudet även kvinnor som själva är drabbade av diabetes?

c) Finns det eventuellt ytterligare någonting som en diabetiker (eller nära anhörig till sådan) bör vara observant med vid val av preventivmedel?

Vidare undrar jag hur stor risken är att barn till a) föräldrar där mamman är diabetiker, b) föräldrar där pappan är diabetiker, c) två diabetiker skall arva sjukdomen.

Lyckligt drabbad

Svar: P-piller har visat diabetesutlösande effekt, dvs de kan i viss utsträckning utlösa diabetes hos individer med anlag för sjukdomen. Förekommer diabetes på nära håll t ex bland syskon kan detta vara anledning nog att avstå från p-piller, men finns diabetes långt bort i släkten, finns det ingen anledning att räkna med påtaglig risk för förekomst av anlag för sjukdomen. Däremot innebär givetvis tidigare rubbning av sockeromsättningen i diabetisk riktning under graviditet eller födsel av barn med betydande övervikt som klara skäl att undvika p-piller. Olika typer av p-piller förefaller ha olika diabetogen verkan. S k sekvens- och minipiller synes ha mindre diabetesutlösande verkan än andra. P-piller kan också medföra ökat insulinbehov för diabetiker, men även här gäller att

risken varierar från kvinna till kvinna och mellan olika preparat. Man får givetvis väga risken mot fördelarna. Rent allmänt kan sägas att om enbart preventiva effekter eftersträvas förefaller kopparspiral vara att föredra för kvinnor med diabetes. Om man av olika anledningar ändå anser p-piller vara att föredraga så bör man säkert inskränka användningen till att omfatta endast ett begränsat antal år. Det är nämligen inte känt huruvida långtidsbehandling med p-piller kan medföra diltära konsekvenser vad beträffar cirkulationssystemet. Vidare bör man ha i åtanke att den ena komponenten, de s k östrogenerna, i p-piller kan medföra förhöjda blodfetter, och skadeverkningar av detta kan vi inte utesluta f n.

Vad beträffar hereditet så är risken att utveckla diabetes för barn i åldern 0—4 år någonting mellan 2 och 6 procent. Detta gäller oavsett om moder eller fader är diabetiker. Då det gäller situationen att båda föräldrarna är diabetiker antog man tidigare att siffran rörde sig inemot 100 % risk, men så tycks inte vara fallet. Undersöker man om någon latent diabetes förekommer hos barnen så är risksiffran ungefär 50 %, men förekomsten av manifest diabetes kanske ligger runt 10 % eller däröver. Denna sista siffra är dock ganska osäker då färskna undersökningar på området saknas.

Fråga: Tempererat insulin är tydligen ett begrepp som kan vålla

tolkningssvårigheter. Skall insulinet — egalt vilket märke — ha kylskåps- eller rumstemperatur i injektionsögonblicket. Insulinet ska ju stå »svalt» enligt tillverkaren. Men hur svalt skall det komma till användning?

Edvard

Svar: Insulinet bör hålla rumstemperatur vid injektionstillfället och den aktuella flaskan kan mycket väl förvaras i rumstemperatur. Lagring bör helst ske i kylskåp, alltså innan man startar med ny flaska.

Fråga: Min ålder är 68 år, längd 183 cm, vikt 67 kg, har haft socker i ca 10 år, har 1×2 Rastinon om dagen 1971 och 1972 var jag intagen på sjukhus för hjärtinfarkt och kärlkramp, ordinerad nitroglycerin vid behov samt ligosin(?) en om dagen. Törsten har blivit mer kännbar nu än förr, tungan känns som sandpapper. Senast jag var intagen på sjukhus var i oktober 1972 och efter den sjukhusvistelsen har min mage inte fungerat till min belåtenhet. Jag omtalade mitt besvär för läkare, ett besvär som består av gaser och mer eller mindre lösa tarmutömningar, dvs vattenhaltig avföring. Läkaren sade att det går över av sig självt, men så tycks det ej bli.

Nu frågar jag om det möjligen kan finnas något stoppande medel. Jag har slutat dricka kaffe och i stället börjat med te, jag håller diet och går på kontroll.

Ivar

Svar: Eftersom Ni nämner att törsten blivit mer kännbar och att kroppsvikten är låg i förhållande till kroppslängden förefaller det inte osannolikt att diabeteskontrollen inte är helt tillfredsställande. Det skulle innebära att ändring av tablettmedikationen eller insulininsättning är motiverad. Om min förmodan är riktig kan tarmsvären bero på just denna otillfredsställande diabeteskontroll och sålunda förbättras då riktig diabetesbehandling insättes. Skulle jag ha fel i mina antaganden måste man räkna med att inte diabetessjukdomen utan någon annan sjukdom i magtarmkanalen ligger bakom besvären. Det finns ett antal sjukdomstillstånd av varierande svårighetsgrad som kan förklara besvären, men det är inte möjligt att utan vidare utredning ange den rätta diagnosen. Det är därför inte heller möjligt för mig att rekommendera någon speciell diet eller medikation förrän utredningen företagits.

Fråga: Jag är diabetiker sedan 11 år tillbaka. Vid 16 års ålder började min diabetes och jag tog då 2 streck Novo Lente på morgonen i två år. Blev sedan gravid, vilket gjorde att min dos höjdes 3—4 streck, och hela graviditeten förlöpte utan problem. Förlossningen skulle gått på normal väg om inte moderkakan lossnat före. Därför blev det kejsarsnitt. Jag har inte haft några problem med min diabetes bortsett från en tid några år efter det att min barn föddes när blodsockret åkte upp och min dose-

ring fick ställas om till 3 streck på morgonen (Novo L) och 2 streck på kvällen (Semi L). Proverna har sedan dess varit bra. Har nu varit dagpatient på Ersta Psyk.avd. för lite nervbesvär och depressioner. Jag var ett tag också fruktansvärt fixerad vid min sjukdom och rädd för komplikationer. Min bror som nyligen gått bort på grund av följder av sin diabetes har varit i mina tankar mycket. Vården på Ersta har hjälpt mig att se på ett annat sätt på min sjukdom. Man har också ställt om min dosering till 10 streck Novo Lente på morgonen och allt har gått bra. Mina förhållanden är ordnade nu och min fråga gäller upplysningar om en ny graviditet för mig.

Jag har aldrig haft syror. Efter undersökning på Ersta inga kärlförändringar. Allt är bra efter grundlig undersökning hos ögonläkare. Vad finns för risker vid graviditet? Måste det bli kejsarsnitt igen? Kan graviditet bli en påfrestning för diabetesen så att komplikationer kan komma i form av kärlförändringar? Hur stor är ärftligheten om modern har diabetes? Är kejsarsnitt en riskabel operation på något sätt.

Vore tacksam för minsta lilla upplysning.

E B

Svar: Undersökningar av flera hundratals gravida diabetiker på olika kliniker inte minst i Sverige och Danmark talar för att risken för fosterdödlighet hos kvinnor med 11—20 års diabetessjukdom ligger omkring 15 till 20 %. Skulle komplikationer i form av havandeskapsförgiftning eller svåra njurin-

flammationer förekomma under graviditeten ökar risken till bortåt 30 %, i annat fall minskar risken till inemot 10 %. Jag talar då om risker för fostret, missfall eller att barnet dör strax efter födelsen. Vad beträffar rent obstetriska komplikationer exempelvis att moderkakan ånyo avgår före förlossningen vågar jag såsom icke specialist på detta område inte uttala mig. Vissa typer av kärlförändringar kan förvärras under graviditet, men av ögonläkarutlåtandet att döma kan Ni ju vara helt säker på att Ni inte har några kärlförändringar överhuvud taget, och då föreligger det heller inte någon risk under ev graviditet.

Risken för Era barn att få diabetes ligger mellan 2 och 6 %. Detta under förutsättning att barnafadern icke har diabetes i sin släkt, för då stiger siffran väsentligt. Kejsarsnitt är förenat med vissa risker precis som varje operation, men givetvis är de inte speciellt stora. Man försöker numera som Ni vet fullfölja graviditeten för diabetiska kvinnor utan kejsarsnitt, men det finns ju alltid en liten så att säga risk att man måste tillgripa det även nästa gång.

Docent Jan Östman

Har Ni någon fråga, skriv till

»FRÅGAN ÄR FRI»

Tidningen Diabetes

Box 6609

113 84 STOCKHOLM

FÖRENINGSNYTT

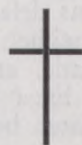
HELSINGBORG

Diabetesföreningen i Helsingborg med omnejd firade fredagen den 31 augusti sitt 30-årsjubileum på restaurang Kvarnen i Helsingborg i närvaro av ett 60-tal medlemmar och inbjudna. Bland de inbjudna märktes Diabetesförbundets ordförande Nancy Eriksson, Stockholm, ombudsman Birger Pehrson, Stockholm och fritidsintendent Douglas Ekelund, Helsingborg samt representanter från föreningarna i Malmö, Landskrona och Höganäs.

Föreningen bildades egentligen redan den 7 december 1942 och hette då Sockersjukeföreningen i Helsingborg. Den nedlades emellertid snabbt men återuppstod 1943, varför den alltså nu firar 30-årsjubileum. Man anslöt sig samma år till Svenska Diabetesförbundet och räknade då 66 medlemmar vilka betalade vardera två kronor i medlemsavgift per år. På följande år hade medlemsantalet stigit till 78 och då hölls riksförbundets årsmöte i Helsingborg i närvaro av ett 60-tal ombud och med Hjalmar Malm, Helsingborg, som ordförande. Sockersjukeföreningen i Helsingborg bytte namn 1956 och heter sedan dess Diabetesföreningen i Helsingborg med omnejd. Jubilarer räknar för närvarande 460 medlemmar som betalar vardera 10 kronor i medlemsavgift. Jubileumsårets styrelse har följande utseende: ordförande Signe Andersson, kassör Gunborg Magnusson, sekreterare Inge Frank och vice ordförande Ada Roth.

En historik föredrogs över de 30 åren. Tidigare på dagen hade föreningen hyllat minnet av den i fjol bortgångna sekreteraren Elsa Liljeblad genom att nedlägga blommor på hennes grav på Nya kyrkogården. Vidare uppvaktades medlemmar, som inte kunde delta i jubileumsfestligheterna, med blommor. Jubileumsaftonen avslutades med dans efter Family 3s orkester.

G M



Den 18 augusti avled Kristinehamns Diabetesförenings sekreterare Gunnar Emanuel Carlsson i en ålder av 66 år.

Hans verkligt stora intresse var Kristinehamns Diabetesförening, som han var med och bildade 1950. Tillsammans med sin hustru har han sedan under alla år utfört ett helhjärtat och uppoffrande arbete för de sockersjuka i Värmland. Han har varit korresponderande sekreterare och kassör i Kristinehamnsföreningen och dessutom sekreterare och korresponderande i Värmlands läns Diabetesförening, vilken bildades av makarna Carlsson, som sedan varit de drivande krafterna. Ett stort tomrum lämnar han efter sig och vi kommer att sakna honom i vårt föreningsarbete. Hans minne hedrar vi bäst genom att vi själva helhjärtat sluter upp omkring vår nuvarande ordförande, hans maka Carin, och för verket vidare.

Vi lyser frid över hans minne.

Sven Steiner

Fortsättning från sidan 3

leligt som andra. Ju snabbare de kan finna andra glädjemen i livet än att äta gott och ofta slå sig till ro, dess bättre. Han hävdade vidare liksom en rad kända diabetiker på kongressen, att man skall göra klart för sin omgivning, arbetsgivare, lärare, kamrater, att man har diabetes. — Detta är en fråga som för övrigt skulle vara värd att diskutera inom vårt förbund, här finns delade meningar.

Något för mej helt nytt var det, när han menade, att bakom en diabetes kan ligga psykologiska orsaker. Patienten beskriver själv ofta, att diabetes kom efter en svår infektionssjukdom, efter graviditeten, efter t ex asiaten etc. Men lika ofta hör man, att akuta händelser, olycksfall, skräckupplevelser, kanske förlusten av en människa, som varit nyckelfigur i ens liv, orsakade diabetes. Groen hävdade, att ensamhet, sorg, långa depressioner kan avslöja en förvärvad diabetes. Han såg också ett samband mellan olyckliga händelser och uppkomsten av diabetes.

Lika bestämd var han i sin uppfattning, att psykologiska omständigheter kan påverka behandlingen i positiv riktning. En patient klarar sig bäst, om han har känslotabilitet och god intelligens. För att bedöma förutsättningarna hos en diabetiker att komma överens med sin sjukdom brukade Groen ställa en, som det tycks, helt ovidkommande fråga till patienten: Hur vill ni, att man skall uppfostra sina barn? Blev svaret då, att de skulle lära sig veta hut, man skulle hålla dem strängt, så ansåg Groen den diabetikern vara ett hopplost

fall att lära klara av sin sjukdom.

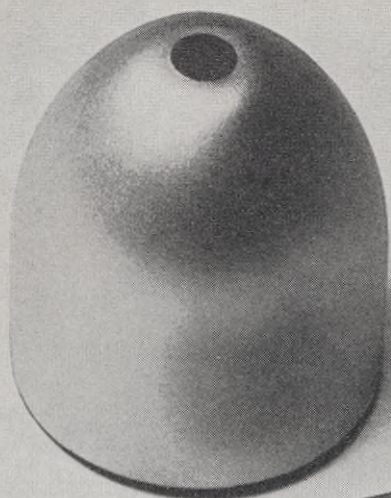
Omgivningen spelar stor roll för sjukdomsutvecklingen. Kärlek och förståelse från familj, vänner och läkare är nödvändigt. Läkaren måste förstå patienten, inte predika och straffa. Gruppterapi kan vara bra ibland.

När läkaren upptäcker en diabetes, är ofta patienten chockad, och läkaren är ivrig att kasta sig över honom med förhållningsorder och förklaringar. Ibland håller han en teknisk monolog. I stället borde läkaren ta notis om patientens känslor och sen rätta behandlingen efter vad han förstår om patientens människotyp. Finner han, att proverna visar att patienten inte följt ordinationerna, att patienten inte talar sanning, då bör detta vara en uppmaning till läkaren att börja på nytt, låta patienten tala om sitt liv och själv lyssna med sympati. Beröm och uppmuntran är enda vägen, straffpredikan bortkastat. Diabetiker bör behandlas enligt samma psykologiska principer som knarkare, sa han litet drastiskt. *Varje läkare borde sätta sig själv på diabeteskost minst 14 dagar, och känna hur det känns att ständigt tänka på sin insulininjektion.* Kanske han då kunde fatta, vad det är patienten är dömd till för hela sitt liv.

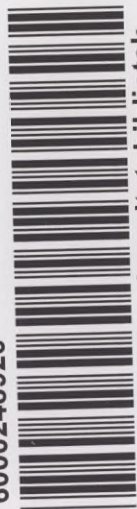
Det här föredraget skulle varanda läkare med diabetespatienter lyssna till och rätta sig efter, sa en av de många svenska läkare som plikttroget följde kongressen från morgon till kväll. Egentligen är det så självklart men svårt att tillämpa.

Walter Eriksson

AB Sunco



6000248920



Göteborgs universitetsbibliotek

r lika med ckerbit.

nehåller tre sötningsämnen:
annitol och sorbitol.

INSULIN *Vitrum*

Diabetes måste behandlas individuellt, med prövning från fall till fall. Ett av problemen är att välja rätt insulin-sort. Vitrums insulinserie erbjuder ett urval, som täcker behovet i varje enskilt fall. Den omfattar för närvarande

Insulin 40 IE

Insulin 80 IE

Insulin NUSO 40 IE

Deras effekt inträder inom 1 timme, är maximal 2—3 timmar och avklingar efter 6—8 timmar.

Insulin Special 40 IE

Detta insulin är också snabbverkande. Det är specialrenat och avsett för särskilt insulinkänsliga patienter.

NPH-Insulin 40 IE

Dess effekt inträder inom 1—2 timmar, är maximal 10—12 timmar och avklingar efter 28—30 timmar. NPH-insulin kan blandas i sprutan med vanligt snabbverkande insulin.

Zink-protamin-insulin 40 IE

Effekten inträder efter 4—6 timmar, är maximal 16—24 timmar och avklingar efter 34—36 timmar.

Vitrum började tillverka insulin redan 1929 och firmans produktion har allt sedan dess varit inriktad på att kunna täcka landets behov. Preparatens kvalitet har hela tiden anpassats till den vetenskapliga utvecklingen. Samtliga preparat är beredda av rent kristalliniskt insulin framställt i Vitrums moderna fabrik enligt nya metoder.

Vitrum STOCKHOLM

