

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.



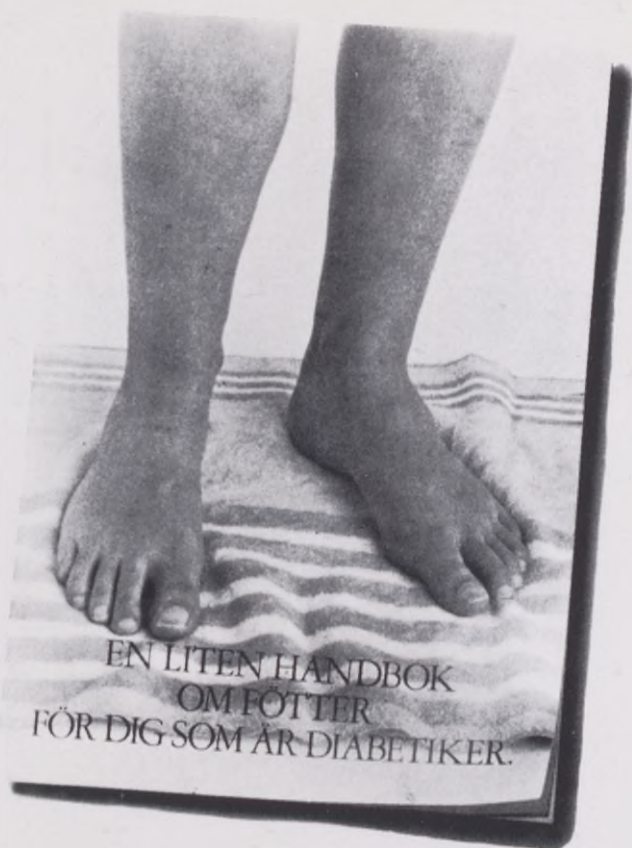
per.

DIABETES

Nummer **1** 1980



Var rädd om dina fötter.



Eftersom fötterna är den del av kroppen som utsätts för den största belastningen, är de också värda lite extra omtanke och vård.

I "En liten handbok om fötter för dig som är diabetiker" har vi samlat råd och tips om hur du bäst sköter dina fötter.

I vår serie diabeteshandböcker finns också "En liten handbok för dig som ska resa utomlands" och "En liten handbok för dig som injicerar insulin".

Du kan få alla tre broschyrerna hos den läkare eller sköterska som brukar kontrollera din diabetes.

NOVO INDUSTRI AB

Box 69, 201 20 Malmö, Tel: 040/18 11 40.



Ansvarig utgivare:
Stig Andersson

Redaktionskommitté:
Stig Andersson
Jan Östman
Berndt Nilsson
Lars Erik Johansson

Redaktör:
Lars Erik Johansson

*Redaktion, expedition och
annonskontor:*
Vasagatan 38 A, 2 tr
Box 266
101 23 Stockholm
Tel. 08/23 66 25
Postgiro 90 09 01-0

Kanslichef:
Berndt Nilsson

Prenumerationspris:
30:— kr per år

Tryck:
Rosenlundstryckeriet AB
Stockholm

Utges även som taltidning

Svenska Diabetesförbundet
Vasagatan 38 A, 2 tr
Box 266
101 23 Stockholm
Tel. 08/23 66 25
Postgiro 90 09 01-1

Ordförande:
Stig Andersson
Svärdsliljevägen 33
162 43 Vällingby
Tel. 08/52 07 10 (arb)

Kassaförvaltare:
Arne Ringblom
Box 15
901 02 Umeå
Tel. 090/13 70 50 (arb)

Eftertryck tillåtet om källan anges

DIABETES

*Nummer 1, februari 1980, årgång 30
Organ för Svenska Diabetesförbundet*

Innehåll:

- Skrämmande att moderna be-
handlingsprinciper ännu inte
trängt igenom
av *Stig Andersson* 3
- Konsumentverket "glömde bort"
flera merkostnader
av *Lars Erik Johansson* 5
- Kostbehandling för diabetiker är
"medicin"
av *Lars Erik Johansson* 7
- Åtta försök med transplantation
på Huddinge av *Jan Östman* 9
- Balans och kontroll lönar sig i
längden av *Johnny Ludvigsson* 13
- Gynnsamma resultat av fotokoag-
ulering
av *Sven-Erik Fagerberg* 17
- Fotvårdarkursen mycket nyttig . 21
- "Vitsen är ju att Du skall styra
behandlingen själv" 23
- Matsidan av *Solweig Eriksson* . 25
- Barnkoloni — Bocksjö 29
- 74 forskare sökte 2.850.000 kr . 31
- Frågan är fri 33
- Föreningsnytt 36

Det är lätt att få värdefull information.



Ames
Division

Miles Laboratories, Ltd.

Agent for Sverige: Meda AB,
Box 138, 401 22 Göteborg 1. Tel.: 031/17 68 40

Skrämmande att moderna behandlingsprinciper ännu inte trängt igenom

Som vanligt låg det en hel del brev och tidningar på skrivbordet. Det hör till rutinen efter en tids ledighet. Varför skulle första arbetsdagen efter en behaglig jul- och nyårsledighet vara annorlunda. I posthögen fanns Läkartidningens sista nummer för 1979. Under rubriken Medicinsk kommentar hittade jag en artikel benämnd "Den unge diabetikern och sjukvårdsapparaten".

Artikelförfattaren, Johnny Ludvigsson, barnläkare från Linköping med stor erfarenhet av barn och ungdomar med diabetes, beskriver i artikeln mötet med ett 40-tal unga människor i åldern 15—30 år med diabetes sedan kortare eller längre tid.

Han redogör för ungdomarnas besvikelse på sjukvårdspersonalen, särskilt doktorerna. De flesta ungdomarna hade aldrig fått veta hur de skulle kunna dra slutsatser om insulindosering, måltider m m. Flera av ungdomarna var inte bara besvikna och deprimerade, de var bittra, nästan desperata.

Den unga människan, vars socker sedan flera år svänger, ber doktorn om att något måste ändras. Doktorn anser emellertid att remiss till annat lasarett är onödigt.

När den unge diabetikern på eget initiativ vänder sig till ett annat lasarett, avvisas han. Han har ju redan specialistvård.

Innehållet i artikeln står i stark kontrast till den målsättning som återfinns i Socialstyrelsens vårdpro-

gram för diabetes. I vårdprogrammet talas det tex om att informationen till patienterna är en förutsättning för att öka den personliga kontakten. Detta ger i sin tur patienten en ökad motivation att aktivt delta i skötseln av sin sjukdom och därmed bidra till vårdresultatet.

Vanligtvis finns väl också den uppfattningen att den juvenila diabetesvården, dvs vården av barn och ungdomar med diabetes, fungerar tillfredsställande. Ludvigssons artikel ger inte skäl för att ändra på den helhetsuppfattningen. Men det är allvarligt nog att missförhållandena som de beskrivna förekommer. En patients tyckanden och känslor ska aldrig underskattas.

Det är också diabetikerns liv det gäller. Diabetikern har en självklar rätt att få del av den kunskap och erfarenhet som vårdpersonalen besitter.

Det är ungefär 20 år sedan som vi fick en brytning i svensk diabetesvård. Då hade bla kostens be-

Forts på sid 40

En NYHET för Diabetiker PLASTIPAK[®]

1 ml SFP insulinspruta
Kat.nr. 8450 S

Specialsprutan för insulininjektioner

- Ny injektionsteknik: mindre smärtupplevelse
- Noggrann och lättavläst skala
- Fast kanyl: ingen risk att kanylen skall lossna
- Inget dödotrymme: nästan inga luftblåsor
- Kompakt format: lätt att ta med till jobbet och på resor.

Dessa fördelar har framkommit vid en praktisk utprovning vid svenska diabeteskliniker.

**BECTON
DICKINSON**

Box 32054, 126 11 Stockholm
Tel 08-18 00 30

Konsumentverket "glömde bort" flera merkostnader

*Av Larserik Johansson, ombudsman i
Svenska Diabetesförbundet*

Konsumentverket "glömde bort" några stora merkostnader i sin utredning 1977. Därför är merkostnaden för diabetiker 2.500 kr alternativt 2.000 kr, beroende på om man är högkaloriförbrukare eller lågkaloriförbrukare. Så ungefär kan man sammanfatta de resultat vår egen merkostnadsutredning kommit fram till. Och detta gäller alltså endast merkostnader för kosten. Därtill skall läggas alla andra merkostnader; för läkarbesök, resor till läkare, fotvård, tvättsuddar, tandvård och allt vad det kan vara.

För cirka ett och ett halvt år sedan tillsatte Svenska Diabetesförbundet en egen merkostnadsutredning eftersom vi misstänkte att den merkostnad för kosten som Konsumentverket i sin utredning kommit fram till var för låg. Ivar Werner, medlem av förbundets läkarråd, och professor Uppsala universitet har lett utredningen, som nu alltså bevisar att förbundets misstankar var befogade: konsumentverket "glömde bort" en del av våra merkostnader för kosten.

Vår egen utredning har tittat närmare på Konsumentverkets nu snart tre år gamla utredning om kostnadsjämförelse mellan en friskkost och bl a diabeteskost. Man konstaterar

därvid att underlaget till Konsumentverkets beräkningar i allt väsentligt är fullt tillfredsställande och realistiskt. Konsumentverket påpekar dock att dess utredning endast avser de direkta merkostnader som konsumerade livsmedel förorsakar. KV påpekar att hänsyn inte tagits till merarbete och extra kostnader vid inhandlandet av lämpliga livsmedel. Konsumentverket har heller inte i sina beräkningar tagit hänsyn till det svinn som alltid förekommer i ett hushåll och inte heller uteätarnas problem har man beaktat i beräkningarna.

SVINNET 10—25 PROCENT

Vår utredning påpekar att "svinnet"

i olika undersökningar uppskattats till mellan 10—25 procent. Det finns ingen anledning att misstänka att "svinnet" i ett diabetikerhushåll skulle vara mindre. Den verkliga merkostnaden för en diabetiker bör sålunda omedelbart räknas upp med minst 10—12 procent, säger utredningen.

Att översätta den tidsspillan och merarbete som diabetikerna har vid inköp och tillagning till kostnader är betydligt svårare. Man påpekar emellertid vikten av att noggrannt planera måltiderna. Därav följer också att diabetikerna inte kan utnyttja lågpriserbjudanden i samma utsträckning som icke-diabetiker. Merkostnaden här torde uppgå till 10—15 procent och det är lågt räknat påpekar utredningen.

MELLANMÅL

I en merkostnadskalkyl måste också uteätarnas problem tas med. Alternativ till "dagens rätt" och husmansfavoriter som bruna bönor, pannkaka med sylt etc. ställer sig nästan undantagslöst dyrare. Det samma gäller mellanmålen där man har beräknat diabetikernas merkostnader till 0,50—1 krona/dag.

Sammanfattningsvis kommer alltså vår egen utredning fram till att den merkostnad för diabeteskost som Konsumentverket anser diabetikerna har omedelbart skall räknas upp med 20—25 procent. Därtill skall också läggas kostnaden för mellanmål med 1 krona per dag.

Därmed blir merkostnaden för en lågkaloriförbrukare 2.000 kr per år och för en högkaloriförbrukare 2.500 kr per år, räknat i nuvarande penningvärde.

650.000 kr till forskning

Över 600.000 kronor blir Svenska Diabetesförbundets bidrag till diabetesforskningen 1980. Det beslutade förbundsstyrelsen vid sitt sammanträde den 1 december 1979.

Beloppet är en höjning med 100.000 kr jämfört med tidigare år och motiveras främst av den allmänna prisutvecklingen.

Till de 600.000 kronorna skall också läggas att styrelsen beslutat att medel ur några mindre fonder, bla Nancy Erikssons fond för forskning om juvenil diabetes, skall delas ut om seriösa projekt finns.

Detta gör att förbundets forskningsanslag troligen kommer att uppgå till cirka 650.000 kr i år.

De medel som ställs till förfogande tas alltså ur forskningsfonden. Dit kommer medel från i första hand enskilda människor genom gåvor och testamenten och i stället för blommor vid avlidnas bårar.



Studiecirkeln är en utmärkt form för att lära mer om diabetes. Förbundet har i samarbete med ABF och Brevskolan arbetat fram en studiehandledning till Handbok om Diabetes (ICA-förlaget). Boken behandlar det mesta som är viktigt att känna till för en diabetiker.

Vill Du gå en studiecirkel i diabetes kontakta då Din lokalförening.

Kostbehandling för diabetiker är "medicin"

Av Larserik Johansson, ombudsman i Svenska Diabetesförbundet

Kostbehandling för diabetiker är "medicin". Därmed bör ett avdrag i deklARATIONEN inte knytas till skatteförmågan utan istället bör man diskutera en skattereduktion, lika för alla diabetiker.

Det framhåller riksdagsman Bertil Dahlén, fp, Falun, i en riksdagsmotion och han hemställer därför att riksdagen ger regeringen i uppdrag att utreda frågan.

Bertil Dahlén är också ledamot av Svenska Diabetesförbundets styrelse och har i den egenskapen tagit del av förbundets egen utredning om merkostnaderna för kosten.

I motionen sägs att om kostbehandlingen kunde ersättas av traditionell medicinering, dvs "piller" eller liknande skulle denna medicin sannolikt vara gratis för diabetikerna, i likhet med insulin och tabletter. Det är därför ett rättvist och väl berättigat krav att avdragsrätten för dessa merkostnader inte knyts till skatteförmågan utan i stället görs till en skattereduktion lika för alla och oavsett inkomst.

Med nuvarande regler får knappast någon förvärvsarbetsande diabetiker göra något avdrag, samtidigt som merkostnader i storleksordningen 2.000—3.000 kr/år är kännbara för de flesta.

LAGÄNDRING

Inom styrelsen för Svenska Diabetesförbundet har man varit i kontakt med Riksskatteverket för att diskutera möjligheterna till en generösare tolkning av skattebestämmelserna. Reglerna — och beloppen — för 1980 års taxering fastställdes dock redan i november 1979 och några större förändringar är inte heller att vänta inför nästa års taxering.

Diabetesförbundet kommer därför att begära tid för en regeringsuppvaktning med anledning av diabetikernas merkostnader och den orättvisa behandling diabetikerna i detta sammanhang utsätts för. Att via Riksskatteverket få en ändring i avdragsreglerna till stånd är omöjligt eftersom kommunalskattelagen säger att skatteförmågan skall vara "väsentligen nedsatt" för att avdrag skall kunna medges.

För att komma tillrätta med detta måste alltså Diabetesförbundet arbeta för att en lagändring kommer till stånd.

VI STARTAR EN UNIK SERVICE: "ALLT FÖR DIABETIKERN"

I Danmark är den här formen av service redan etablerad. Genom vår ständiga kontakt med den svenska marknaden, har vi känt att det finns ett stort behov även här hemma.

Därför startar vi nu de första centrala inköpsstället för diabetiker, Diabetes Service.

Vi kommer att tillhandahålla allt som en diabetiker kan tänkas behöva.

Vi tänker göra det ordentligt och seriöst. Sortimentet är sammansatt i samråd med ledande specialister, läkare, sköterskor och patienter.

Vi kommer att sälja varorna per postorder, och vi håller som bäst på att göra en katalog över sortimentet.

Du kan beställa den redan nu. Vi skickar den så fort den är färdig, vilket inte skall dröja alltför länge.

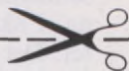
När du får katalogen, skulle vi bli väldigt glada om du hörde av dig. Inte nödvändigtvis för att göra en beställning. Men vi skulle sätta stort värde på att få veta om det är någonting du saknar. Någon produkt du tycker är viktig, men som inte finns med.

Om du har idéer om detta, så tveka inte att höra av dig.

En av våra ambitioner med Diabetes Service, är att hålla en levande kontakt med dem som sortimentet riktar sig till. Det ligger i allas intresse att det blir så brett och mångsidigt som möjligt.

DIABETES SERVICE KB

Box 5357, 102 46 Stockholm, tel 08/67 03 49.



Jag vill att ni skickar mig er katalog som beskriver Diabetes Service's sortiment samt prislista.

Sänd kupongen till ovanstående adress samt bifoga frankerat svarskuvert.

Namn _____

Adress _____

Postnr _____

Postadress _____

Åtta försök med transplantation på Huddinge

Docent Jan Östman, ordförande i förbundets läkarråd, och verksam vid medicinkliniken, Huddinge sjukhus, Stockholm, skriver här om diabetesforskningen på Huddinge.

Huddinge sjukhus öppnades 1 mars 1972 och är ett universitetssjukhus. Det är alltjämt under utbyggnad och planeras slutgiltigt rymma ca 1 400 vårdplatser. Till sjukhuset hör även ett speciellt forskningshus, som driftstartade 1976 och innebär en stor forskningspotential med sin moderna medicinsk-tekniska utrustning. Diabetesområdet utgör en betydande andel av forskningsverksamheten här, liksom på flera av sjukhusets kliniker och laboratorier.

Det är väl känt att inte enbart sockeromsättningen är förändrad vid diabetes utan även kroppens omsättning av fett och äggviteämnen. Tidigare kunskap har i väsentlig utsträckning framtagits från djurexperimentella undersökningar. John Wahren, professor för kliniska fysiologiska laboratoriet har undersökt bl a omsättningen av socker, fettsyror och ketonkroppar (syror) vid fysiskt arbete under kort tid. Detta utföres under standardiserade betingelser på cykelergometer, sk testcykel.

Såväl för icke-diabetiker som diabetiker kan man visa att muskelarbete medför en ökning av sockerutnyttjandet i arbetande muskel, de

ökar i själva verket mellan 7 och 20 gånger, beroende på arbetsintensitet. Det förutsätter emellertid att diabetessjukdomen är välkontrollerad. Om så icke är fallet stiger såväl blodsocker som ketonkroppar. I andra arbeten har undersökts aminosyrornas (komponenter av äggviteämnen) roll för energiomsättningen och vidare olika hormoners, främst glukagons, betydelse, normalt och vid diabetes mellitus.

John Wahren har också utvecklat en speciell teknik ("glucose-clamp" teknik) som möjliggör en bestämning av insulinkänslighet och sockeromsättning. Den går ut på att sockerlösningen fördelas med en varierande hastighet så att det hela

tiden kan hållas på en viss nivå, och det förutsätter att blodsockret följes var 5:e minut. Den tillförda glukosmängden kommer därmed att vara lika med kroppens totala sockeromsättning. Den omsatta sockermängden kan sättas i relation till koncentrationen av insulin i blodbanan och utgör ett mått på vävnadens, framförallt muskulaturens, känslighet för insulin.

Det rör sig således om grundforskning på friska försökspersoner samt på diabetiker, i stor utsträckning insulinkrävande där man redan nu kan dra praktiska konsekvenser av fynden.

I dagarna har inletts, också tillsammans med medicinkliniken, ett träningsprogram för insulinkrävande diabetiker, varvid fysisk arbetsförmåga, insulinkänslighet och en rad kliniska parametrar följes. Den lilla gruppen av diabetiker kommer att följas noggrant under våren 1980.

STUDERAR FETTVÄV

Andra metaboliska studier avser fettväven, det energirikaste av alla organ. Från kroppens fettceller kan energi i form av fettsyror transporteras. Detta sker snabbt och kan liknas vid att man med gaspedalen kan föra bensin från förrådet till energikrävande motorer, främst skelettmuskulaturen. Med stresshormoner, noradrenalin och adrenalin, kan energi transporteras vid ökat behov, t ex fysiskt arbete. Insulin å andra sidan förhindrar att fettsyror kommer från fettcellerna till skelettmuskulaturen. Vid diabetes har man allt för hög fettsyretransport från fettcellerna och det medför en ökad ketonkroppsbildning i levern. Man

anser på flera håll att en ökad fettsyretransport från fettceller motverkar insulineffekten i olika vävnader. Detta skulle kunna vara orsaken till att feta människor utvecklar en nedsatt sockertolerans och t o m diabetes.

För att närmare studera hur stresshormoner och insulin påverkar de olika mekanismerna i fettceller vid fetma och diabetes utföres studier på isolerade fettceller eller segment av fettväv. Dessa kan erhållas genom små operationer, varvid några gram underhudsfett avlägsnas vid lokalbedövning.

Ett angränsande område är undersökningar av blodfettssjukdomar. Dessa anses ju ha samband med uppkomst av åderförkalkningssjukdom. Det har visats att en rubbad omsättning av fettsyror i fettceller kan utgöra en primär orsak till vissa av dessa blodfettssjukdomar. Vid lipidlaboratoriet som sysslar med dessa frågeställningar arbetar Peter Arner och Peter Engfeldt.

KLINISKA UNDERSÖKNINGAR

En rad olika läkemedel har ogynnlig effekt på diabetesjukdomen och kan inte användas vid behandling av samtidigt högt blodtryck. På teoretiska grunder har vissa blodtryckssänkande medel av sk betablockar typ ansetts olämpliga. Man har antagit att dessa vid insulinframkallad hypoglykemi, insulinchock, skulle medföra att insulinkänningarna maskeras, framkalla mer uttalad blodsockersänkning och slutligen indicera blodtrycksstegringar. På en mindre grupp av insulinkrävande diabetiker med högt

blodtryck har olika blodtryckssänkande medel undersökts i anslutning till insulinframkallad hypoglykemi. Blodsocker, blodtryck och en rad hormoner har analyserats. Det framgår att vissa typer av betablockare med fördel kan användas vid behandling av högt blodtryck och att ovan nämnda farhågor inte är besannade.

Trots att tablettbehandling av diabetes pågått sedan 1955 med sk sulfapreparat (sulfonurerider) vilar doseringsföreskrifterna väsentligen på kliniska erfarenheter och endast i ringa utsträckning föreligger vetenskapliga underlag. Av denna orsak pågår på medicinkliniken i samarbete med farmaceutiska avdelningen undersökningar för att studera hur dessa sulfamedel bäst kan utnyttjas. Blodsocker och insulinnivåer följes i relation till koncentrationen av sulfaläkemedlet under dygnet. Det har på det sättet varit möjligt att uppnå mer optimala doseringsregimer. Härigenom kan man förhindra dels risk för insulinchocker och dels uppnå en förbättrad diabeteskontroll och därmed minskad risk för kärlkomplikationer.

PANKREAS- TRANSPLANTATION

Sedan ett drygt 10-tal år tillbaka har försök att transplantera bukspottkörtel (pankreas) pågått i världen. Till dags dato har c:a 80—90 transplantationer utförts om man inberäknar alla typer av transplantationer av detta organ. Som jämförelse må nämnas att c:a 50.000 transplantationer har utförts med njurar. Såväl vad beträffar njurar som benmärg och hjärtan förbättras

transplantationsresultaten världen över. Transplantation av bukspottkörtel har visat jämförelsevis mindre goda resultat. Den första metod man använde i Amerika och även på Huddinge sjukhus var att transplantera kärlförsedd bukspottkörtel som avlägsnats från en nyss avliden. Bukspottkörteln opererades in i en tunntarmslynga och kopplades till kärl, såväl artär som ven.

Dessa operationer är förenade med sedvanliga kirurgiska risker, såsom blödning, bildning av blodproppar, infektioner. Dessutom föreligger liksom med andra organ risk för avstötning. För att förhindra sådan krävs medicinering med kortison och andra läkemedel, vilka då samtidigt nedsätter kroppens försvar mot olika infektioner. Detta innebär ytterligare risk för den transplanterade patienten. Följaktligen har ytterst få patienter genomgått transplantation, och endast då uppenbara vinster kunnat förväntas, t ex hos patienter som krävt sjukhusvård större delen av de sista 5—6 åren av sitt liv eller svår angiotpati. Carl-Gustav Groth och Göran Lundgren har på 6 patienter utfört 8 transplantationsförsök, och dessa patienter har kunnat leva maximalt c:a 7 veckor utan insulininjektioner. Det kan inskjutas att utomlands har bevarad funktion hos transplanterad bukspottkörtel förelegat ett par år. Det är oklart varför resultaten under vissa omständigheter är så goda.

SPRUTA IN CELLÖAR

Eftersom inte hela bukspottkörteln behövs för insulinproduktionen utan endast de speciella insulinproducerande cellerna, som ingår i c:a 1

miljon cellöar utspridda över hela bukspottkörteln, har försök inletts att separera cellöarna för att sedan spruta in dessa. Det har visat sig utomordentligt svårt att isolera cellöar från mänsklig bukspottkörtel.

I samarbete med Claes Hellerström och Arne Andersson, Histologiska Institutionen Uppsala, har dessa försök pågått i många år. Som bäst har kanske ett 1000-tal cellöar kunnat isoleras men man beräknar att 50.000 — ja kanske 100.000 cellöar — behövs för att få en fullständig behandling av diabetessjukdomen.

Under sista åren har därför forskningsprojektet inneburit att försök med fosterpankreas inletts. Fragment har erhållits från bukspottkörtel av foster från aborter. Här utgör de insulinproducerande cellerna en stor del av bukspottkörteln.

På Huddinge sjukhus har fosterpankreasfragment injicerats dels i levern och dels i mjälten. Vid det förstnämnda försöket har en klar insulinproduktion setts under ett antal månader, men insulindosen har inte kunnat reducerats. Därefter har uppenbarligen en avstötning ägt rum.

Mot bakgrund av stimulerande resultat från andra länder har fosterpankreas injicerats även i muskulaturen. Dessa försök pågår alltjämt och det är för tidigt att yttra sig om resultatet. Det intressanta i sammanhanget är att de utländska informationerna pekar på att sk farlig medicinering som användes för att förhindra avstötning normalt vid transplantationer, inte behövt användas vid dessa injektioner av fosterpankreas i muskulaturen. Andra möjliga vägar är att använda nya

läkemedel som innebär mindre risker än kortison och ändå kan fungera utmärkt för att förhindra avstötning.

Behandlingen av diabetessjukdomen pågår således på Huddinge sjukhus då det gäller transplantation, på andra ställen arbetar man med konstgjord bukspottkörtel. Målet på längre sikt är självfallet att förhindra uppkomsten av diabetes och inte behandla den etablerade sjukdomen.



**Vet du om att
Diabetes även ges
ut som talband?
Meddela bara
förbundskansliet,
så får Du Diabetes
på talband.
Tel. 08/23 66 25**

Barnläkare överens:

Balans och kontroll lönar sig i längden

Docent Johnny Ludvigsson, verksam vid barnkliniken, region-sjukhuset i Linköping, rapporterar här från två barnläkarmöten i Berlin strax efter IDF-kongressen i Wien.

Våra kunskaper om diabetessjukdomens mekanismer har ökat påtagligt under senare år och våra behandlingsmöjligheter har också förbättrats. Alla framsteg till trots hotas dock diabetikerna av svåra, framtida komplikationer som drabbar främst kärl- och nervsystem. Dessa skador innebär allvarliga problem i alla åldrar, men särskilt katastrofala blir de när unga människor drabbas.

Skall dessa katastrofer kunna förhindras måste vi dels lära oss att diagnostisera minimala begynnande förändringar och dels få kunskap om vilka faktorer som bidrar till utvecklingen av skadorna.

Endast i sällsynta undantagsfall uppträder komplikationer hos barn före puberteten, och därför får flertalet doktorer som arbetar med barn med diabetes sällan eller aldrig se facit. Härigenom blir verksamheten för barnläkare i detta avseende något av en "skyddad verkstad", vilket kan ha bidragit till att man inom pediatriken varit mera böjd att ta hänsyn till den aktuella situationen och ge barnen en "skonsam" behandling och så "normal" barndom och uppväxt som möjligt, hellre än att man tagit hänsyn till vad som krävs för att barnet skall växa upp

till en frisk, väl fungerande vuxen människa.

Under senare år har emellertid indicier hopats som tillsammans närmast bevisar att senkomplikationerna är en följd av störd ämnesomsättning, och det har blivit alltmer tydligt att de vinster som kan göras först och främst görs under sjukdomens första år. Därför har även barnläkare fått ett ökande intresse för utvecklingen av senkomplikationer. En allt större satsning görs på forskning som kan leda till tidigare diagnos av begynnande diabeteskomplikationer hos barn och ungdom, och kunskap om hur dessa skall motverkas.

Det är mot denna bakgrund som en av satellitkongresserna, som följde världskongressen i Wien, ägnades åt kärlkomplikationer hos diabetes-

barn (Diabetic angiopathy in children).

Kongressen ägde rum i Berlin 17—19 september 1979 och arrangerades av professor Bruno Weber, Berlin, sekr i den internationella grupp av barndiabetologer som bildades 1974 (International Study Group on Diabetes in Children).

Inbjudna föredragshållare presenterade senaste nytt inom sina forskningsområden och dessemellan var relativt god tid avsatt till diskussion som mestadels blev intensiv både under förhandlingarna och fritiden, eftersom antalet deltagare var relativt litet (ca 100) och alla hade samma intresse.

KÄRLKOMPLIKATIONER

Kärlkomplikationer avhandlades under grovt sett tre rubriker: Basalmembraner, ögonskador, njurskador.

Under diabetessjukdomens förlopp förändras de fina blodkärlen och de sk basalmembranen, som utgör en del av kärlväggen, förtjockas. Detta är en viktig del av de typiska diabetiska kärlförändringarna som sedan främst ger symtom från ögon och njurar. Kärlen förändras på liknande sätt överallt i kroppen och man kan därför följa utvecklingen genom att exempelvis ta prov från muskulatur och studera kärlets utseende.

Vid barnkliniken i Linköping gjordes för några år sedan sådana basalmembransmätningar, och det visade sig, som väntat, att diabetesbarn hade förtjockade kärlväggar i förhållande till friska barn. Emellertid innebar provtagningen ett visst obehag för patienterna, och bedömningarna var svåra och arbetskrä-

vande. Vi upplevde därför metodiken som mindre användbar. I vårt lilla material kunde vi inte finna något samband mellan skador på kärlen och andra faktorer som t ex ålder, ämnesomsättningens balans, bibehållen egen insulinproduktion el dyl. Ifrån Danmark redovisades en liknande mindre studie på vuxna (Deckert) där man inte heller fann några tydliga samband. Det största materialet som rapporterades från USA (Jackson) visade dock dels att några kärlförändringar inte finns när sjukdomen startar, dels att förtjockningen av basalmembranen var väl relaterad till graden av sjukdomskontroll, dvs dålig balans av ämnesomsättningen gav mera kärlskador. Dessutom antydde studien att om ämnesomsättningen förbättrades kunde kärlförändringarna fås att gå tillbaka!

ÖGONFÖRÄNDRINGAR

Vad gäller retinopati, dvs förändringar i ögonbottenarna, så redovisades olika metoder för tidig och förbättrad diagnostik. Från Israel (Yassur) framhölls det värdefulla med att titta i ögat med enfärgat ljus. Övriga deltagare var dock ganska ense om att ska man verkligen se förändringar tydligt krävs att man sprutar kontrast i blodkärl (ven i armbågsvecket) och därefter fotograferar när kontrastmedlet passerar ögonbottens kärl (fluoresceinangiografi). Mycket små utbuktningar (aneurysm), läckage på kärl etc kan då ses tydligt.

På många håll i världen har sådan metodik använts, men tyvärr så är det svårt att jämföra resultaten, då man gör undersökningarna något olika. Dock är det anmärkningsvärt

att man på vissa håll finner ögonskador i upp till 79 % av alla barn som haft diabetes i 6—10 år (Malone) medan vi i Linköping på barn och ungdomar med 5—12 års diabetes fann förändringar hos endast 11 %, vilket stämmer väl med ett material från Köpenhamn, där man påvisade förändringar hos 16 % av patienterna (Frost-Larsen).

Sannolikt förklaras inte hela denna stora skillnad av olika undersökningsmetodik, utan kan till viss del bero på hur patienterna behandlas. På många håll i världen får patienterna fortfarande endast en dos insulin per dygn, äter ingen speciell diabeteskost, utför inga hemmakontroller etc, medan vi bedriver en mera aktiv behandling.

Försök med en ny mycket känslig metod att mäta kärlförändringar i ögonen redovisades från barnkliniken i Linköping (Ludvigsson, Kernell, Tenland). Metoden går ut på att kontrast sprutas in i ett blodkärl i armvecket, och att man sedan med speciella instrument mäter huruvida kontrastmedel läckt ut i ögats glaskropp.

Sannolikt kan man med denna metod studera mycket tidiga funktionella förändringar som kanske kan gå tillbaka igen. Denna metod kan ge bättre möjlighet än tidigare att studera vilka faktorer som medverkar till att kärl förändras.

NJURSKADOR ALLVARLIGA

Skador i njurarna är en allvarlig komplikation som kan leda till för tidig död. Med djurexperiment har man kunnat visa att njurskador kan fås att gå tillbaka om ämnesomsättningens balans förbättras (Federlin, Wehner). Däremot är det mycket

svårt att studera förändringar hos människa.

Från Danmark rapporterades studier som visade att läckage av äggvita i urinen kan påvisa särskilt tidigt under arbete (Mogensen), men man har svårt att visa vilka faktorer som bidrar till uppkomsten av dessa skador.

Förutom de ovannämnda avsnitten presenterades studier som gällde blodflöde, nervfunktion m m, vilket inte närmare refereras. I stället kan noteras att en av diabetesbehandlingens "grand old men" dr Constam från Zürich, berättade om sin 50-åriga erfarenhet. Han redovisade sitt material som entydigt talade för att god metabolisk kontroll och väl behandlad sjukdom verkligen lönar sig och leder till färre och mindre komplikationer.

Naturligtvis var dessa kliniska iakttagelser inte vetenskapligt invändningsfria, men får för den skull inte förkastas som värdelösa då de ju utgör slutsatsen av en mycket lång och bred erfarenhet.

GOD BALANS VIKTIGAST

Sammanfattningsvis kan sägas att måhända presenterades inga epokgörande nyheter under denna kongress i Berlin, men deltagarna befästes ytterligare i tron att ämnesomsättningens balans är av stor betydelse för utvecklingen av senkomplikationer, vilket ger oss hopp om att kunna förebygga eller i varje fall uppskjuta dessa komplikationer med en god behandling. Den nihilistiska pessimismen har ingen plats längre.

Uppenbarligen finns goda metoder att tidigt diagnostisera och kvantifiera skador i nervsystem och framför allt ögon, och härigenom

möjligheter att studera mekanismerna för uppkomsten av dessa skador. Även när det gäller njurskadorna finns studier som kan ge oss ökad kunskap.

REMISSION

Under de kommande två dagarna fortsatte en mindre grupp till ännu en konferens utanför Berlin. Den internationella gruppen för studier av diabetes hos barn och ungdom (International Study Group on Diabetes in Children and Adolescents) sammanträdde med två huvudtemata.

Först diskuterades den stabila fas av sjukdomen, som vi ibland ser kort efter debuten och som kallas postinitial remission. Bl a kunde vi i studier från Linköping visa stöd för att remissionen och den åtföljande goda, kvarvarande, egna insulinproduktionen kan förlängas genom en aktiv behandling inte minst under sjukdomens första dagar. Vidare tycks det vara av värde att använda ett så rent insulin som möjligt.

Nästa huvudtema behandlade hemoglobin A_{1c} som är en fraktion av hemoglobin, vars storlek tycks vara relaterad till blodsockernivåerna under de gångna veckorna. Flera material redovisades från olika håll i världen där man kunde visa att hemoglobinA_{1c} tycks spegla blodsockernivåerna en tid bakåt, men än så länge finns flera osäkerhetsfaktorer och problem att lösa.

Således har man inte helt klart för sig hur lång tid bakåt ett hemoglobin A_{1c}-värde speglar, man vet för litet om variationen under dygnet och relationen till aktuella blodsockernivåer och man tycks ha me-

todproblem som gör att man inte kan jämföra värden från ett laboratorium till ett annat.

Metoden som ju ger en uppfattning hur det har varit säger inte så mycket om den aktuella situationen, och kan därför på inget sätt ersätta dagliga hemmakontroller som ju gör det möjligt för patienten att styra sin sjukdom och behandling. Där emot kommer med säkerhet hemoglobin A_{1c} att bli ett värdefullt komplement i bedömningen av hur väl sjukdomen varit kontrollerad. Detta är mycket värdefullt inte minst när det gäller att utvärdera effekten av störd ämnesomsättning på utveckling av senare komplikationer.

Mötet med International Study Group on Diabetes in Children and Adolescents, där Sverige representeras av Yngve Larsson och Johnny Ludvigsson, var mycket givande. I en mindre grupp blir diskussionen livlig och utbytet av idéer rikt. Om värdet av mastodontkongresser ibland kan ifrågasättas, så fyller i gengäld den här typen av mindre möten en stor funktion.



DIABETES är en kronisk sjukdom där en mycket aktiv medverkan av patienten är en förutsättning för en lyckad behandling. Därför skall Du som är diabetiker ställa krav på sjukvårdspersonalen så att Du får den utbildning i diabetes som i sin tur är en förutsättning för att Du skall kunna sköta Din egen behandling . . . och må bra!

Gynnsamma resultat med fotokoagulering

Docent Sven-Erik Fagerberg, medlem i förbundets läkarråd och verksam vid medicinkliniken, regionsjukhuset, Örebro sammanfattar här några föredrag om den diabetiska kärlsjukdomen vid IDF:s kongress i Wien 9—14 september 1979.

Föredrag om småkärlssjukdomen (= mikroangiopati) var många och oftast relaterade till ögon och njurar. Det verkar nu som om fotokoagulering som behandlingsmetod vid diabetiska ögonbottenförändringar har kommit för att stanna och de flesta rapporterade gynnsamma resultat. Bland annat redogjordes för ett material av gravida diabetiker som fick ögonbottenförsämring under graviditeten men som framgångsrikt behandlades med fotokoagulation.

Med fluorescincangiografi — en metod som visualiserar kärlen i ögonbotten — kan man se förändringar som inte går att upptäcka vid vanlig ögonbottenundersökning. Denna metod kommer att få ökad användning, när man till exempel vill studera behandlingseffekter eller forska på tidiga diabetiska kärlförändringar. Ett par av föredragen uppehöll sig vid denna metodik.

Flera meddelanden visade, liksom när det gällde neuropati, att intensiv kontroll och reglering av blodsockernivåerna i många fall förhindrar utveckling av angiopati och att ej alltför avancerade förändringar kan gå tillbaka.

Man talar numera mycket om olika riskfaktors betydelse för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar och naturligtvis har intresset för dessa faktors roll för till diabetes relaterad angiopati diskuterats. I ett föredrag redogjordes för tusen Oklahoma-indianer med vuxendiabetes. Makro- (= storkärlsjukdom) och mikroangiopati var vanligt förekommande i detta material, och det rådde ett starkt samband mellan frekvensen av ögon- och njurförändringar och nivån på blodsockret.

Ingen säker relation förelåg mellan rökning respektive ögon- och njurengagemang, vilket har visats i

Svenska Diabetesförbundet driver barnkoloniverksamhet för barn med diabetes på Bocksjöläggret, cirka två mil från Karlsborg i Tiveden. Verksamheten är uppdelad på två perioder — i år 14.6—5.7 och 12.7—2.8 — och varje period omfattar cirka 40 barn. Efter andra koloniperioden anordnar vi också en utbildning för föräldrar med diabetesbarn.

Kolonibarnen är i åldern 7—14 år och kommer från hela landet.

Inför sommarens verksamhet söker vi nu

LÄGERCHEF OCH BITR LÄGERCHEF

med uppgift att förestå verksamheten på lägret.

LEG SJUKSKÖTERS KOR

helst med erfarenhet av diabetes.

FRITIDSLEDARE

med uppgift att sysselsätta barnen under vistelsen på kolonien

HUSMOR

med uppgift att ansvara för att "köket fungerar"

KÖKSPERSONAL

med uppgift att svara för alla i köket förekommande arbeten.

VAKTMÄSTARE

som skall fungera som "hustomte" på lägret och därtill vara chaufför.

Det är bra om Du har erfarenhet eller någon kunskap om diabetes. Före kolonistarten kommer Du dock att få viss utbildning i diabetes.

Samtliga tjänster gäller heltid och Du måste vara över 18 år. Förutom de båda koloniperioderna behöver vi hjälp av några ur personalen under föräldrautbildningen.

Lön enligt avtal.

Vill Du veta mera om förbundet eller Bocksjöläggret svarar gärna Lars Erik Johansson eller Monica Hulting på frågor. Telefonnummer är 08/23 66 25.

Ansökan med meritförteckning skickar Du före den 1 april till SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET, Box 266, 101 23 STOCKHOLM.

några andra material. Av blodfetterna var triglyceriderna starkt relaterade till blodsockernivåerna men inte kolesterolet.

Keen rapporterade preliminära resultat från en undersökning i Världshälso-organisationens regi om makro- och mikrovaskulär sjukdom hos diabetiker i olika geografiska områden. Tecknen på makroangiopati var små i Hongkong och Japan, höga i Oklahoma och Indien. Ögonbottenförändringar med blindhet var vanligare i Japan. Riskfaktorerna (blodfetter, högt blodtryck, rökning) för vaskulär sjukdom varierar mycket i olika geografiska områden.

NERVFÖRÄNDRINGAR

Beträffande diabetesneuropatin (nervförändringar) framkom en hel del intressanta saker och aktiviteten på detta område har varit ganska livlig de senaste åren. Diabetesneuropati är den vanligaste diabeteskomplikationen. Dess orsak är fortfarande under debatt och behandlingsprinciperna oklara.

Intresset för avvikelser i den del av nervsystemet som ej står under viljans inflytande — den autonoma neuropatin — speciellt dess tidiga former är stort.

Att god kontroll av diabetesjukdomen hittills är den viktigaste behandlingsprincipen vid diabetesneuropati, visar en undersökning där man mätt ledningshastigheten i perifer nerv hos vuxna diabetiker och funnit denna nedsatt jämfört med en kontrollgrupp. Insulinbehandling inleddes och efter tre månader mättes ledningshastigheten på nytt, varvid denna förbättrats betydligt.

I en annan undersökning fann man hos djur, på vilka man framkallat experimentell diabetes, tidigt i förloppet elektrofysiologiska avvikelser och strukturella förändringar. Dessa kunde förklara avvikelserna i perifera nerver av samma typ som vid insulinberoende diabetes hos människa. Sattes insulinbehandling in tidigt på dessa djur, förhindrades nervengagemanget.

SMÅ PUPILLER

Vid ungdomsdiabetes med lång sjukdomstid finner man ofta små pupiller, brist på spontana fluktuationer i dessa och dålig reaktion på pupillvidgande medel. Genom att använda en speciell stimulerings teknik kunde man visa, att pupillförändringarna berodde på en autonom neuropati och ej på stelhet i irisvävnaden.

Den vanligaste metoden att påvisa latent autonom neuropati är att mäta det sk R-R-intervallet på elektrokardiogrammet. Är avståndet mellan R-taggar signifikant kortare än i en kontrollgrupp, talar detta för autonom neuropati. Regleringen av hjärtats frekvens är alltså störd. Plötslig död hos diabetiker, till vilken man ej funnit någon säker anatomisk orsak, beror sannolikt på störningar i hjärtats nervösa regleringsmekanism.

I ett stort material med enbart störd sockertolerans fann man i en hög frekvens tecken på autonom neuropati jämfört med kontrollgruppen.

I en intressant studie hade man jämfört hur fyra ungdomsdiabetiker med autonom neuropati och fyra utan reagerade på hypoglykemi

(= låga blodsockervärden). Båda grupperna utvecklade normala katekolaminer (= stresshormoner) på det låga blodsockret. Vid autonom neuropati förlorar man ofta förmågan att känna hypoglykemisymptomen, trots att det metaboliska (= ämnesomsättning) svaret synbarligen är normalt.

Myoinositol — en sockeralkohol — har visat sig ha betydelse för funktionen i perifera nerver. En forskare kunde på djur med experimentell diabetes visa, att i ischiasnerven förelåg ett minskat upptag av myoinositol. Denna defekt kunde relateras till de strukturella och funktionella förändringar man finner vid diabetesneuropati. Försök pågår att behandla diabetesneuropati med ovannämnda substans.

I en panel om de biokemiska underlagen vid diabeteskomplikationer, talade Gabbay om sorbitolets betydelse. Inlagring av sorbitol i nervvävnaden har ansetts spela stor roll som orsak till diabetesneuropati. Läkemedelsindustrin har arbetat fram hämmare som skulle förhindra eller minska sorbitolinlagringen i olika vävnader. En av dessa hade prövats på två fall, dock utan resultat. Samma preparat undergår prövning i Sverige; i Uppsala och Örebro.

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis kan man från de olika fragment som delgavs i föredragsform plocka ihop några viktiga bitar, nämligen

- att flera nya rön av autonom neuropati framkommit,
- att fotokoagulationen fått en alltmär ökad betydelse vid be-

handling av diabetiska ögonbottenförändringar och

- att fördjupade och ökade kunskaper nu föreligger om kontrollens betydelse för att minska och senarelägga de diabetiska senkomplikationerna.

En förhoppning inför 1980-talet är att vi skall lyckas med att lösa frågan om vilken eller vilka orsaker som ligger bakom utvecklingen av de diabetiska senkomplikationerna.

Doseringshyslor även till andra än synskadade

Nu kan även andra diabetiker än synskadade som har svårigheter att dosera insulin få ABM Mavellos doseringshyslor som kostnadsfritt hjälpmedel.

Handikappinstitutet har nämligen beslutat att personer som på grund av funktionsnedsättningar i händerna har svårigheter att göra en riktig dosering gratis skall kunna få doseringshyslor. Beslutet gäller från den 15 januari 1980 och har tillkommit bl a efter påstötning från Diabetesförbundet.

Du som anser Dig behöva en doseringshysla bör därför kontakta Din läkare eller distriktssköterska för att få materialet utskrivet.

På förteckningen över kostnadsfria hjälpmedel har samtidigt som tillbehör för dosering av insulin uppförts doseringshjälpmedlet Indos, som marknadsföres av Beiersdorf. Även här gäller beslutet från den 15 januari 1980. Detta gäller dock bara synskadade.

DIABETES - LOTTERIET

*Nu börjar
slutspurten*

BESTÄLL
LOTTER

I DAG

DIABETES - LOTTERIET

VINN

PREMIEOBLIGATIONER FÖR

30 000 kr

PRESENTKORT FÖR

15 000 kr

5 000 kr

m. m. m. m.

ÖVER 10 000 VINSTER

VÄRDA NÄSTAN

1/2 miljon kronor

Lottpris 5:— + porto.

Hjälp oss att få lotteriet slutsålt. Det ger förbundet ett välbehövligt ekonomiskt tillskott och därigenom förbättras våra möjligheter att framgångsrikt driva våra frågor vidare mot en för diabetikerna positiv lösning.

Beställ lotter på nedanstående talong. För var 10:e lott Du beställer får Du en lott gratis. Dragningslista medföljer gratis. Lottpris 5:— + porto.

Vill Du slippa porto kan Du beställa lotter genom att sända pengar direkt till **Diabetes-Lotteriet**, postgiro 55 22 82-6 och på talongen skriva namn och adress så skickar vi lotterna i vanligt brev. Vi tackar på förhand.

Från SD-RIKSLOTTERI rekvireras att sändas mot postförskott: (kryssa för)

5 st 10 st 20 st eller.....st på en gång.

OBS! För var 10:e lott Du beställer att sändas på en gång får Du 1 lott gratis.

Lottpris 5:— + porto.

Dragningslista medföljer.

Namn:

Adress:

Postnr: Postadress:

Svenska Diabetesförbundet tar tillvara diabetikernas sociala och medicinska intressen.

Svenska Diabetesförbundet stöder vetenskaplig forskning med över 1/2 miljon kr/år.

Svenska Diabetesförbundet har över 27.000 medlemmar organiserade i 84 lokalföreningar.

Svenska Diabetesförbundet behöver många fler medlemmar för att med ännu större tryck hävda diabetikerns intresse.

Svenska Diabetesförbundet behöver Din hjälp att värva medlemmar.

Förbundets tel.nr är 08/23 66 25.

A

Frankeras ej.
Adressaten
betalar
portot.

DIABETES-LOTTERIET

Box 214

124 02 BANDHAGEN 2

SVARSFÖRSÄNDELSE

Kontonummer 1400

124 02 BANDHAGEN 2



HÄR SES några av de som deltog i fortbildningskursen i diabetes för fotvårdare fr v kursledaren Barbro Hemgren, Solveig Karlsson, Norrköping, förbundsordföranden Stig Andersson, som öppnade kursen och Anne-Charlotte Nitsche, fotvårdslärare.

Fotvårdarkursen mycket nyttig

Det blir en fortbildningskurs i diabetes för fotvårdare även 1980. Det står nu helt klart sedan intrycken av förbundets premiärkurs den 3—5 december 1979 summerats. De flesta fick lära sig mycket nytt om diabetes och dess komplikationer. Främst gäller detta de fotvårdare som inte arbetar i team, dvs tillsammans med läkare, sjuksköterska och dietist.

Att det fanns ett behov av en sådan här utbildning visste vi på förhand, men att det var så stort hade vi ingen aning om. Sammanlagt 250 fotvårdare sökte till de 30 platser vi

kunde erbjuda. Därför blev naturligtvis uttagningen mycket svår att genomföra och millimeterrättvisa gick givetvis inte att skapa.

Kursledare var Barbro Hemgren,

diabetessköterska vid Jakobsbergs sjukhus. Hon föreläste om diabetes, orsaker och symtom, diabetesbehandling och diabeteskost. Instruktionsköterskan Kerstin Sparre från Karolinska sjukhuset föreläste om diabeteskomplikationer och de båda tillsammans diskuterade teamarbetet i diabetesvården. Allt detta hände första kursdagen.

På tisdagen ägnades större delen av tiden åt fotvård. Det gällde dels förebyggande fotvård, fotvårdsbehandling av diabetiker och avlastningar. För detta svarade Anne-Charlotte Nitsche, Härnösand, som till vardags är lärare för fotvårdselever vid vårdskolan i Sundsvall.

Tisdag eftermiddag förläste docent Folke Lithner, Umeå, om gangrän och den diabetiska foten, medan dagen avslutades med en diskussion om fotvårdarens roll i behandlingsteamet.

Onsdagen slutligen ägnades i huvudsak åt grupparbete på basis av de föreläsningar som givits tidigare under kursen.

Slutligen informerade kanslichef Berndt Nilsson och ombudsman Larserik Johansson om Svenska Diabetesförbundets verksamhet i allmänhet och förbundets insatser för en förbättrad fotvård för diabetiker i synnerhet.

**Se på Dina fötter –
ingen annan gör det!**

Förbundet skriver brev till SJ

Svenska Diabetesförbundet skriver nu brev till Statens Järnvägar och AB Trafikrestauranger med krav att serveringen på tåg förbättras avsevärt.

Sedan SJ förra sommaren sänkte biljettpriserna och införde det sk lågpriskortet har järnvägsresandet ökat betydligt. Man kan då på goda grunder anta att även antalet järnvägsresande diabetiker ökat i motsvarande grad. Serveringen ombord har dock inte byggts ut i samma omfattning och systemet med ambulande försäljning förekommer ofta. Detta kan Diabetesförbundet inte acceptera utan kräver nu att SJ och Trafikrestauranger inför restaurangvagnar på samtliga tåg, utom på rena pendeltågssträckor, typ Stockholm—Uppsala och liknande.

Tänk om man skulle anmäla sig till en studiecirkel i diabetes. . .

Ta kontakt med Din lokalförening



NÅGRA av deltagarna i Ungdomskonferensen på Skoklosters Würdshus utanför Stockholm. Fr v Bertil Robertsson, Ronneby, Annika Luks, Eskilstuna, Roland Jonsson, Sundsvall, Lena Mårtensson, Bredbyn och Gunnar Collberg, Stockholm, som tillsammans med Bertil Robertsson ingår i förbundets Barn- och Ungdomskommitté.

"Vitsen är ju att du skall styra behandlingen själv"

Vitsen med behandlingen är ju att ni skall kunna styra den själva. Men för att klara detta krävs det kunskaper, insulin givet minst två gånger per dag, någorlunda fysisk aktivitet, visst system i kosthållningen och daglig urinsockerkontroll.

Ja, så ungefär kan man sammanfatta budskapet i docent Johnny Ludvigssons, Linköping, mycket engagerade föreläsning vid förbundets Ungdomskonferens på Ronneby

brunn i slutet av förra året. Ett 30-tal ungdomar från södra Sverige lyssnade andäktigt till Johnny Ludvigssons synpunkter på behandling av ungdomsdiabetes.

De flesta höll också med om det som sades men konstaterade också att möjligheten att få denna utbildning i egenbehandling av diabetes sannerligen inte finns överallt. Det saknas både tid, engagemang och entusiasm på allt för många håll inom sjukvården.

Förutom Ronneby-konferensen arrangerades också en ungdomskonferens på Skoklosters Wårdshus, nordväst om Stockholm. Här deltog ungdomar från mellersta och norra Sverige och för den medicinska biten svarade docent Bengt Persson, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

Det råder ingen tvekan om att ungdomarna uppskattade ungdomskonferenserna, som gick att ordna tack vare samarbete mellan Svenska Diabetesförbundet och Blekinge Diabetesförening, samt att förbundet erhållit medel ur Allmänna Arvsfonden. Behovet av en fortsättning framstår också klart.

LARSERIK JOHANSSON

Diabetesförbundet deltager inte i klädinsamlingar

I slutet av förra året förekom artiklar i dagspressen om klädinsamlingar och bl a förekom då uppgifter om att Svenska Diabetesförbundet skulle delta i sådana.

Detta är fel. Svenska Diabetesförbundet centralt driver numera ingen klädinsamling vare sig i egen regi eller i samarbete med något företag.

Däremot kan det förekomma att några läns- eller lokalföreningar deltagar i klädinsamlingar för att på det sättet stärka ekonomin.

Lätt att ge insulin med ny spruta

Varbergs Diabetesförening har tagit initiativ till att prova den nya specialsprutan för insulininjektioner "Plastipak" från Becton Dickinson.

Enligt företagets annons är det en ny injektionsteknik — som bland annat ger mindre smärtupplevelser. Det finns heller inga risker att kanylerna skall lossna. Vidare säger man att det är mycket små risker att det bildas luftbubblor. Sprutorna ligger kompakt förpackade och är lätta att ta med sig vid resor och till arbetet.

Ett 10-tal barndiabetiker i Varberg har fått möjlighet att prova dessa sprutor och man ansåg efter försöken att denna nya injektionsteknik var toppen och att sprutorna verkligen fungerade bra. Såväl föräldrarna som barnen var helnöjda. Sprutorna var också mycket lätta att förstöra efter injiceringen.

Negativt var dock att informationen på förpackningarna var bristfällig, när det gäller hur sprutan fungerar. Likaså hade apotekspersonalen för dåliga kunskaper om den nya sprutan. I vilket fall som helst, för oss föräldrar som under flera år har kämpat med insulininjicering på våra barn med diabetes är det en lättnad att man äntligen fått fram en bättre och mindre smärtsam injektionsteknik.

Alf Sjunnesson
Varberg

MATSIDAN



En sallad varje dag

I början av året brukar de flesta ha många goda föresatser, som exempel kan nämnas sluta röka, motionera mera, ägna sig mera åt familjen eller något annat som känns angeläget. En sallad om dagen skulle kunna vara en föresats möjlig att genomföra och även om vi nu skriver februari-mars, så spelar det väl inte så stor roll när vi börjar — det viktiga är att vi börjar — och fortsätter.

En tusenmilavandring startar alltid med det första steget och varför inte starta "salladsvandringen" bra från början med en härlig

VITAMINSALLAD 4 port

1 stor klyfta (250 g) vitkål, 1—2 apelsiner, 1 litet pkt (125 g) djupfrysta ärter, 1/2 purjolök.

Dressing: 2 msk pressad citronsaft, 2 msk kallt vatten, 2 msk olja, litet salt och peppar.

Strimla kålen fint, skala apelsinerna och skär i mindre bitar, tina ärterna och skär purjolöken i mycket tunna skivor och varva allt i en salladsskål.

Blanda citronsaft, vatten, olja och kryddor och häll över salladen. Blanda salladen, täck över den och låt den stå kallt minst 20 minuter

innan den serveras.

Passar att serveras till flertalet kött- eller fiskrätter.

Vi fortsätter i vitaminernas spår och provar en variant

GRAPEFRUKTSALLAD 4 port

1 grapefrukt (helst blod), 1 litet pkt (125 g) djupfrysta ärter, 1—2 endiver eller 1/2 liter finstrimlad salladskål, 2—3 stjälkar blekselleri eller 3 msk finskuren rotselleri

Dressing: 1 msk citronsaft, 2 msk kallt vatten, 1 msk olja, finhackad persilja

Skala grapefrukten och skär ut hinnfria klyftor. Blandas med tinade ärter finskuren endive eller salladskål samt blekselleri eller rotselleri. Blanda samman dressingen och häll över de övriga ingredienserna.

Kurs för föräldrar med diabetesbarn

Svenska Diabetesförbundet kommer även i år att arrangera en kurs för föräldrar med diabetesbarn. Kursen kommer att anordnas på Bocksjölägret, Karlsborg, under tiden 4.8—8.8.

Vi hälsar mammor, pappor och barn välkomna till denna kursvecka som vi hoppas kommer att bli lika givande som föregående kurser.

Barnläkare, sjuksköterska och dietist kommer att medverka i programmet och medan mamma och pappa "kursar" tar lekledare hand om barnen.

Tyvärr finns det ingen möjlighet att bereda plats för syskon som inte har diabetes.

KOSTNAD

Vistelsekostnad (mat och husrum)	
för barn	200 kr
för 1:a föräldern	200 kr
för 2:a föräldern	100 kr
Kursavgift per vuxen	150 kr

Ex: För två vuxna och ett barn blir kostnaden (vistelsekostnad för samtliga och kursavgift för båda föräldrarna) 800 kr.

Ni som är intresserade av årets föräldrakurs sänder snarast in nedanstående talong till Svenska Diabetesförbundet, Box 266, 101 23 STOCKHOLM.

Svenska Diabetesförbundet

Box 266

101 23 STOCKHOLM

Undertecknade anmäler oss för deltagande i kursen för föräldrar med diabetesbarn på Bocksjölägret under tiden 4.8—8.8.

Namn.....

Namn.....

Son/dotter, namn..... Alder..... år

Har diabetes sedan.....

Adress.....

Postnr..... Postadress.....

Tel bost...../..... arb...../.....

Har sökt till denna kurs även år.....

Ställ salladen kallt en stund och servera den sedan till kött eller fisk.

Endiver och blekselleri är två grönsaker, som inte är så allmänt förekommande överallt i landet. Det är i allmänhet bara de större, välsorterade butikerna som har dessa till försäljning. Det ska förden skull inte hindra Dig att använda recept där produkterna ingår, utan tag vad Du har och lägg till något, som Du tycker kan passa samman med övriga ingredienser. Använd Din egen fantasi och lås Dig inte slaviskt till recepten.

Tore Wretman har en gång sagt att recept och kokböcker skall läsas som skönlitteratur och sedan går man till sina egna förråd och komponerar utifrån vad som finns. Svårt? Njaa, för den som vill är allt möjligt!

Paprika och purjolök finns i allmänhet i de flesta affärer och tillsammans med potatis bildar de ingredienser i följande

POTATISSALLAD

10 kokta kalla potatisar, 1 röd paprika. 1 grön paprika. 1 liten purjolök.

Sås: 1 1/2 msk vinäger, 2 msk olja, 2—3 msk vatten, 2 kryddmått salt, 1 kryddmått paprikapulver.

Skala och skiva den kokta potatisen, skölj, kärna ur och finstrimla paprikan och skölj och strimla purjolöken. Blanda samman såsen. Lägg alla ingredienserna i en saladsskål och håll sist över såsen.

Låt salladen stå kallt och dra en stund innan den serveras. Gott till kassler eller skinka.

Ska Du bjuda hem några gäster den närmaste tiden? Prova gärna då något med musslor — varför inte

MUSSELSALLAD 4 port

1 dl länkornigt ris, eller rårís, vatten salt 1 brk musslor i vatten (250 g), 1 litet pkt djupfrysta ärter (125 g) = ca 2 dl, 1—2 blekselleristjälkar (eller en stor ättiksgurka), 1 äpple, 1 bit färsk gurka ev salt och vit eller svartpeppar, 2 hårdkokta ägg
Sås: 1 1/2 dl gräddfil, 1/2—1 dl filmjök, 1/2—1 tsk curry ev salt.

Koka riset i lättsaltat vatten (20 minuter för långkornigt och 45 min för rårís), låt riset kallna.

Låt musslorna rinna av, tina ärterna, skiva bleksellerin fint (eller finhacka ättiksgurkan), skär äpplet och gurkan i små tärningar (skalet kan vara kvar). Blanda gräddfil och lättfil med curry och ev salt. Blanda alla ingredienserna till salladen (utom ägg), smaksätt ev med litet salt och nymald peppar om så skulle behövas. Skala äggen, skär dem i klyftor och garnera med dem. Servera salladen med sås och ett gott bröd.

Den som vill ha en magrare sås kan minska på gräddfilen och ta mera fil eller göra en färskostsås till salladen i stället.

FÄRSKOSTSÅS

1 1/2 dl lättfil (eller filmjök), 4 msk keso eller kvarg, 1/2—1 tsk curry, ev salt

Rör färskost och lättfil och smaksätt med kryddor.

Kvarg kan göras på flera sätt, det allra enklaste är att låta lättfil eller filmjök stå i rumstemperatur över natt och sedan häller man upp filen i ett pappersfilter (för kaffebruggning). Låt det rinna ca 6—10 timmar beroende på hur fast ostmassa man vill ha. Skrapa av ostmassan

från papperet och förvara kallt i tättslutande burk. Gott inte bara till salladssås utan även på kex, bröd m m.

Under vintern minskas helt naturligt sortimentet av grönsaker, som kan användas i sallader, men visst finns det fortfarande mycket att välja på ute i affärerna och sedan beror det ju på oss konsumenter vad vi frågar efter.

Det är dock basvarorna vitkål, morot och andra rotfrukter, som vi utgår från i den dagliga salladen. Sen beror det på tilläggen och kryddningen vad det blir för slutresultat. Ättiksgurka i kombination med vitkål ger en fin brytning och i följande sallad finns även rotselleri, som tyvärr inte fått den användning den förtjänar.

VITKÅLSSALLAD MED ÄPPLE OCH GURKA

1/2 liter fint strimlad vitkål, 2 grovt rivna äpplen, 1 dl finhackad ättiksgurka, 1 bit grovt rivna rotselleri

Dressing: 1 msk olja, 2 msk vatten, 1 msk pressad citron, litet salt. Blanda de rivna ingredienserna med dressingen och låt stå kallt en stund före servering.

Måste man ha salladssås? Ska det vara olja i den?

Vissa sallader kan vinna i smak med hjälp av en sås, men det behöver ju för den skull inte vara någon fet olje- eller majonäsås som används. Dessutom kanske man ska se på övriga komponenter i måltiden. Har man en mager huvudrätt, där kanske varken råvara eller tillagningsmetod tillfört något extra fett, så kan man tillåta sig en salladssås med fett i. Är däremot huvudrätten fet så får man vara litet

försiktigare med oljan i såsen.

Ibland kan det räcka att bara ta i litet pressad citron som i

KÅLROTSSALLAD 4 port

6 dl finriven kålrot, 1 msk pressad citron, ev 1 msk vatten, 1/2 dl finhackad persilja. Blanda alla ingredienserna och servera till kött.

Glöm inte morötterna, förslag till kombinationer lämnades i förra numret av Diabetes (6/79).

Använder man de djupfrysta salladsgrönsakerna, som finns ute i frysdiskarna i kombination med finskuren isbergssallad, salladskål eller vitkål räcker det oftast med smaksättning med ex vis italiensk salladskrydda eller något örtsalt. Blanda och låt salladen stå ett tag och safta sig.

Kan man spara sallad från en dag till en annan?

Helst inte. Dels ser inte salladen fräsch ut den andra dagen, dels förlorar den en del av näringsvärdet. Strimlad vitkål blandad med en citrondressing, som förvaras i tättslutande burk kan dock förvaras upp till ca 5 dagar och det ska inte nämnvärt förändra näringsvärdet och då kompletteras ju bassalladen med andra ingredienser allt efter smak och tillgång och vad som passar till den huvudrätt man tänker servera.

Det är roligt med sallader, så låt fantasin flöda. Någon läsare har önskat tips på salladssåser, jag tänker ta upp det ämnet mera i nr 3 och därför hoppas jag att Du som nu läser detta är vänlig och skickar in Ditt eget favoritrecept — delad glädje är dubbel glädje.

SOLWEIG

Barnkoloni — Bocksjö Sjösportläger — Assö

Även i år siktas Svenska Diabetesförbundet på att under sommarmånaderna arrangera kolonier för barn i åldern 7—14 år på Bocksjölägret. Kolonien ligger ett par mil norr om Karlsborg i närheten av Vättern i ett naturskönt område med många utflyktsmål. Den tar emot barn från hela landet.

Verksamheten står under uppsikt av läkare. Två sjuksköterskor med särskild insikt i diabetes förestår den dagliga medicinska övervakningen och särskilda fritidsledare är anställda för att ha hand om aktiviteterna.

Syftet med kolonien är främst att ge barnen tillfälle att träffa och roa sig tillsammans med kamrater i samma situation. Verksamheten syftar också till att ge barnen kunskap om diabetes.

Bocksjölägret är öppet 14.6—5.7 och 12.7—2.8 och tar emot barn i åldern 7—14 år, även om de varit med tidigare.

SJÖSPORTLÄGRET

I samarbete med Sveriges Flottas Ungdomsförbund planerar Svenska Diabetesförbundet att anordna sjösportläger på Assö i Stockholms skärgård. Lägret kommer att pågå under två treveckorsperioder.

Programmet kommer förutom segling, rodd, navigation och sjömanskap att innehålla riklig motion och undervisning i diabetes. Läkare och sjuksköterska ansvarar för den medicinska övervakningen och instruktörer är anställda för

att ta hand om motions- och sjösportaktiviteterna.

Sportlägret på Assö pågår under tiden 14.6—5.7 och 26.7—16.8 och vänder sig till ungdomar i åldern 12—15 år.

Lägret kommer att pågå samtidigt med ungdomsförbundets vanliga kurser. Därför kan även syskon eller kamrater som inte har diabetes delta.

OBS! En förutsättning för Diabetesförbundets engagemang i sjösportlägret är dock att det kommer 30 deltagare med diabetes per period.

KOSTNADER

Svenska Diabetesförbundet kommer att kräva ansvarsförbindelse från respektive barns hemortskommun innan barnen kommer till lägret. De flesta kommuner tar sedan i sin tur ut en föräldraavgift. Denna varierar ganska mycket varför det är svårt att exemplifiera med någon summa. Därtill kommer en anmälningsavgift på 100 kr plus resa till och från lägret.

Anmälningsblankett finns på sid 39

Diabetesgården – Nordanede – nu ännu billigare

Diabetesgården i Nordanede håller öppet för diabetiker och deras anhöriga fr o m den 28.3—14.4 samt fr o m 10.5—30.9.

Boka plats för en trivsamt rekreativ vistelse på gården men gör det i mycket god tid.

NYHET

Priset för helpension är 125 kronor per dag (för diabetiker 80 kr/dag) och barn under 15 år betalar halva priset.

En nyhet för i år är att Du nu kan bo ännu billigare på Nordanede. Ankomst- och avresedag räknar vi alltid bara som en dag, och nu får Du ytterligare en dag i rabatt. Det betyder att om Du bokar in Dig för sju dagar behöver Du bara betala

för fem. Och det gäller inte bara diabetikern. Nej, hela familjen bjuder vi på en dag extra. Men Du måste alltså stanna på gården en hel vecka.

Anmälan kan göras genom insändande av nedanstående kupong eller per telefon till Diabetesförbundet, Monica Hulting, tel 08/23 66 25.

OBS! Bokning skall *ej* göras direkt till gården.

Efter anmälan erhåller Du skriftlig bekräftelse och skall då snarast möjligt skicka in en anmälningsavgift på 100 kr till postgirokonto 900901-0. Anmälningsavgiften återbetalas om Du p g a sjukdom eller liknande omständighet *ej* kan utnyttja Din plats.

Svenska Diabetesförbundet

Box 266

101 23 STOCKHOLM

Undertecknad beställer härmed plats på Diabetesgården för.....
personer (varavbarn under 15 år)
fr o m den t o m den

(Texta eller skriv på maskin)

Namn

Adress

Postnr Postadress

Tel bost / arb /

74 forskare sökte 2.850.000 kronor

Sammanlagt 508.000 kronor delades ut ur forskningsfonden vid förbundsstyrelsens sammanträde den 1 december. Det var 500.000 kronor ur den stora forskningsfonden och 8.000 ur Nancy Erikssons fond för forskning om juvenil diabetes. Sammanlagt inkom 74 ansökningar om bidrag ur fonden. Förbundsstyrelsen beslutade, på Läkarrådets förslag, att bevilja 62 ansökningar medel i varierande grad. Totalt söktes bidrag för 2.850.000 kr.

Största enskilda forskningsområdet rör b-cellsfunktionen. Sökta anslag där var 920.000 kr varav 190.000 kronor beviljades. För forskning om metabolism, lever, muskulatur, fettväv och olika hormoneffekter söktes 800.000 kr och 120.000 kr beviljades. För forskning om komplikationer i ögon, njurar och nerver söktes 600.000 kr och 90.000 kr beviljades. Forskning om diabetesbehandling, inklusive förebyggande åtgärder, lockade sökanden för sammanlagt 320.000 kr, varav 50.000 kr beviljades, för transplantationsforskning söktes 180.000 kr och 40.000 beviljades. Slutligen söktes 30.000 kr för psykosocial forskning och beviljades 10.000 kr plus 8.000 kr ur Nancy Erikssons fond.

Glädjande är att av de föreslagna är många, i detta sammanhang, nya forskare.

Exakt fördelning av 1979 års

forskningsanslag ser ut enligt följande:

Håkan Abrahamsson, Uppsala, 3.000:—. Ulf Adamsson, Stockholm, 7.000:—. Peep Algvere, Stockholm, 5.000:—. Arne Andersson, Uppsala, 21.000:—. Tommy Andersson, Uppsala, 4.000:—. Hans Arnqvist Linköping, 10.000:—. Per Belfrage, Lund, 15.000:—. Per-Olof Berggren, Uppsala, 5.000:—. Jonas Berglund, Stockholm, 8.000:—. Ove Berglund, Umeå, 9.000:—. Lennart Boqvist, Umeå, 8.000:—. Håkan Borg, Uppsala, 8.000:—. Tom Brismar, Hudinge, 6.000:—. Sven E Brolin, Uppsala, 14.000:—. Gisela Dahlqvist, Stockholm, 8.000:—. Staffan Edén, Göteborg, 8.000:—. Suad Efendić, Stockholm, 12.000:—. Gösta Enberg, Stockholm, 5.000:—. Ulf Eriksson, Uppsala, 10.000:—. Eva Gagerman, Umeå, 8.000:—. Kjell Grankvist, Umeå, 7.000:—.

Valdemar Grill, Stockholm, 11.000:—. Erik Gylfe, Uppsala, 9.000:—. Kerstin Hall, Stockholm, 7.000:—. Göran Hallmans, Umeå, 4.000:—. Claes Hellerström, Uppsala, 21.000:—. Kjell Hellström, Stockholm, 5.000:—. Göran Hermansson, Linköping, 7.000:—. Lars-Åke Idahl, Umeå, 5.000:—. Olle G P Isaksson, Göteborg, 4.000:—. Sten A Ivarsson, Malmö, 5.000:—. Lars Carlsson, Uppsala, 4.000:—. Anna Kernell, Linköping, 5.000:—. Folke Lindgärde, Malmö, 10.000:—. Per Lindström, Umeå, 6.000:—. Hans Lithell, Uppsala, 11.000:—. Johnny Ludviksson, Linköping, 31.000:—*. Ingemar Lundkvist, Lund, 4.000:—. Peter Naeser, Uppsala, 7.000:—. Gunnela Nordén, Malmö, 6.000:—. C-O Reuterving, Umeå, 4.000:—. Patrik Rorsman, Uppsala, 3.000:—. Bengt Scherstén, Lund, 6.000:—. Janove Sehlin, Umeå, 11.000:—. Frank Sundler, Lund, 9.000:—. Ingemar Swenne, Uppsala, 7.000:—. Jan I Thorell, Malmö, 9.000:—. Karl-Göran Tranberg, Lund, 9.000:—. Olof Tydén, Uppsala, 7.000:—. Inge-Bert Täljedal, Umeå, 19.000:—. Kerstin Uvnäs-Wallensten, Stockholm, 8.000:—. Harriet Wallberg, Stockholm, 6.000:—. John Wahren, Huddinge, 12.000:—. Lena Wendel, Umeå, 4.000:—. Peter Wersäll, Uppsala, 4.000:—. Staffan Wettre, Linköping, 5.000:—. Ambjörn Ågren, Uppsala, 8.000:—. Claes-Göran, Östensson, Uppsala, 9.000:—. Jan Östman, Huddinge, 20.000:—. Mario Monti, Lund, 5.000:—.

* Avser två olika projekt. (8.000:— ur Nancy Erikssons fond för forskning om juvenil diabetes).

Medlemsregistret läggs på data

Diabetesförbundet har beslutat att övergå till ett datoriserat system för medlemsregistret och adressering av Diabetes.

Detta beräknas ge, förutom vissa ekonomiska fördelar, helt andra möjligheter att ge service till våra lokalföreningar.

Övergången kommer att ske under våren och innebär att det ibland kan uppstå vissa problem med förseningar av utskick av tidningen. Framförallt gäller detta till nya medlemmar då deras uppgifter först kan stansas in i ett senare skede.

Vi ber om överseende med de problem som eventuellt kommer att uppstå och hoppas att ett förbättrat tekniskt system för distribution av vår tidning kommer att underlätta i framtiden.

**SVENSKA
DIABETES-
FÖRBUNDET
BEHÖVER STÖD
ETT STÖD ÄR
ATT BLI MEDLEM
RING 08/23 66 25**

FRÅGAN ÄR FRI

Fråga: I en artikel om blodsocker i Diabetes nr 4/79 angavs risk för hjärnskador vid insulincoma. Kan någon närmare beskriva detta?

Vad för slags skador för det med sig och efter hur många comor får man dessa skador?

"Orolig"

Svar: Man vet att långvariga, djupa insulincomata kan leda till bestående hjärnskador, men man kan inte ange gränser varken beträffande comats längd eller djup när risk för skada föreligger. Sannolikt föreligger stora individuella variationer och en annan sak som spelar stor roll är om det samtidigt föreligger syrebrist i hjärnan.

Å andra sidan vet vi ju att kortvariga comatillstånd inte leder till varaktiga skador och allmänt kan sägas att hjärnan är motståndskraftig mot sockerbrist. Jag har ställt Din fråga till expertis på neurofysiologi och tyvärr menar man att närmare besked än så här inte går att ge.

Fråga: Läste i en veckotidning, att två män i utlandet och en i Sverige hade fått fosterceller inopererade och blivit fria från sin diabetes. Det verkar vara den bästa lösningen på diabetes, men jag förstår att det måste vara svårt att få tag på celler. Jag har en dotter som har diabetes sen 11 år tillbaka, är idag 15 år. Jag önskar av hela mitt hjärta att något skulle kunna bota henne snart, innan någon följsjukdom inträffar. Därför vill jag fråga: Går

det att ta celler från mig, och ge till flickan och jag får diabetes istället, eller kan jag inte leva utan dessa celler?

Hoppas ni svarar mig i Diabetes.

Svar önskas, tack!

Svar: Det är riktigt att man på Huddinge sjukhus i Sverige har planterat celler från bukspottkörteln, s k betaceller, på diabetiker. Det har gjorts i två fall. I ena fallet har cellerna införts i patientens lever, i andra fallet i mjälten. Man har kunnat visa att cellerna, som tagits från fosterbukspottkörtlar, har fortsatt producera insulin på sin nya plats under i varje fall en period. Det har emellertid inte lett till att patienterna har kunnat vara utan insulininjektionerna. På andra håll i Europa har försök av liknande slag utförts och från ett par håll har rapporterats att insulin doserna kunnat sänkas kraftigt.

Försök av detta slag är emellertid just påbörjade och många är de problem som är förknippade med överförande av cellerna, bl a att förhindra att dessa stöts bort efter överförandet och så småningom slutar att producera insulin.

Cellerna som överförs kommer som ovan sagts från foster; det går således inte att ta celler från Dig.

Sammanfattningsvis kan man säga att metoden har visat lovande och intressanta resultat, men att man bara befinner sig i början av en lång väg.

Fråga: Har en dotter som är diabetiker. Jag undrar om doktorn tycker hon behöver vitaminer till vintern. Hon var ofta förkyld i vintran. I så fall vilka sockerfria vitaminer

skall jag köpa. Flickan är 15 år.

Hoppas på svar.

Svar: Med allsidigt sammansatt kost är det inte sannolikt att Din dotter behöver tillskott av vitaminer till vintern, och den kost som rekommenderas till diabetiker är allsidigt sammansatt. Det är egentligen en kost som alla borde äta. Hennes infektioner har troligtvis andra orsaker. Skulle Du ändå vilja ge henne vitaminer — och skadar gör det ju inte — så kan Du t ex köpa Combivimin. Hon bör taga en tablett om dagen.

Fråga: Jag skulle vilja veta lite om cyklammat. Det förbjöds, efter vad jag kommer ihåg, p g a att det kunde framkalla cancer, men det får säljas nu igen. Fanns det bevis på cancerrisk eller bara misstankar?

Monica Bengtsson

Svar: Cyklammat förbjöds aldrig i Sverige, men tillverkaren slutade saluföra det när det rapporterades från USA att möss, som utfordrats med stora doser cyklammat utvecklat cancer i urinblåsan i högre omfattning än normalt. I andra länder, t ex Danmark, har det kunnat köpas hela tiden på apotek. I efterhand har man kritiserat studierna och man kan nog säga att det rörde sig om misstankar som ej bevisats. Cyklammat finns nu åter i Sverige på apotek i pulverform, och kommer i dagarna att också finnas som sacker och som sötningsmedel i pulver och lösning, avsedda för matlagning.

Fråga: Jag vore tacksam för svar i tidningen på följande frågor.

På grund av värk har jag blivit tillrättad att övergå till laktovegetabilisk kost. Är det tillrådligt för diabetiker? Var får man i så fall tag på dietlistor över lämplig diabeteskost?

Diabetiker med värk

Svar: Det går att sätta samman en laktovegetabilisk kost som är avpassad för diabetiker. Det bästa vore om Du via Din läkare kunde få samtala med en dietist eller annan person med insikter i näringslära för att få individuellt anpassade råd. Skulle detta inte gå att ordna, kan Du skriftligen vända Dig till dietist Ingrid Dencker, Vårdcentralen, Dalby, som jag vet har erfarenhet av Ditt problem och via henne erhålla kostlistor.

Fråga: För fem år sedan genomgick jag en vanlig hälsokontroll och då upptäcktes spår av socker i urinen. Med anledning av detta genomgick jag ett sockerbelastningsprov som visade att jag "läckte" något, som läkaren uttryckte sig. Läkaren rekommenderade mig att motionera. Ingenting annat. Jag började då för fem år sedan att regelbundet motionera och gick nästan omedelbart ned 10 kilo. Under de senaste fem åren har jag genomgått hälsoundersökning varje år och något socker i urinen har inte kunnat konstateras vid dessa tillfällen. I övrigt är allmäntillståndet gott.

Nu kommer jag till själva frågan:

Vilka möjligheter har jag att utveckla en öppen diabetes? Min läkare har sagt att jag har anlag för diabetes och har större möjligheter att utveckla denna än en person utan anlaget. Vilka möjligheter att

undvika diabetes har jag? Har min viktminskning och min motion (3—5 km/vecka terränglöpning) hindrat öppen diabetes. Allmänt: Ålder 37 år, vikt 78 kilo och längd 185 cm.

Lars Gullberg

Svar: Socker i urinen kan förekomma dels vid diabetes — då ju blodsockret är förhöjt — och dels vid ett tillstånd, s k renal glukosuri, då njurarna släpper ut socker i urinen redan vid normala blodsockernivåer. Det sistnämnda är ett helt ofarligt tillstånd och det verkar av vad Du skriver som om det var detta det rörde sig om — läkaren talade ju om att Du "läckte" ut socker.

Man trodde tidigare att det förelåg ett samband mellan "renal glukosuri" och diabetes, så att personer med "renal glukosuri" skulle löpa större risk att utveckla diabetes. Så är emellertid ej fallet.

Jag kan naturligtvis inte avgöra vad Din läkare avsett när han upplyst Dig om att Du hade "anlag" för diabetes, men allmänt kan sägas att risken för att insjukna i öppen diabetes minskar om Du håller normal kroppsvikt, undviker socker i kosten och motionerar. I nr 5/79 av tidningen Diabetes har jag redovisat resultaten från en studie i Lund, där individer med lätt nedsatt sockertolerans följts prospektivt och jag hänvisar till denna artikel.

Fråga: I nr 4/79 av tidningen Diabetes fanns en fråga från Rolf Genne beträffande ett japanskt medel, IAP. Svararen meddelade att han inte kände till detta medel. Bifogat är en artikel som utförligt behandlar

detta medel (artikeln ifråga kan av utrymmesskäl inte publ. här men docent Sven Carlström har tagit del av den. Red:s anm.) Det vore intressant att få medlet ifråga sakligt kommenterat i ett nytt nummer av tidningen Diabetes.

Erik Wallin

Svar: I Rolf Gennes fråga talas om "ett nytt medel mot diabetes" och det kom mig givetvis att tro att det rörde sig om ett läkemedel. Vad det istället rör sig om är en substans (Islet activating protein, IAP), vilket är ett äggviteämne, som vid försök på diabetessjuka möss har visat sig kunna öka insulinavgivningen från bukspottkörteln och förbättra sockertoleransen.

En substans av detta slag är givetvis mycket intressant, men ännu är det alldeles för tidigt att dra några slutsatser med hänsyn till klinisk diabetesbehandling. Även om substansen skulle visa sig vara användbar för behandling av sockersjuka hos människa och alla tester skulle utfalla så att säga på mest positiva sätt, så tar det erfarenhetsvis c:a 10 år innan substansen kan föreligga som läkemedel.

Jag beklagar att jag inte kände igen förkortningen av substansens namn, IAP, när jag besvarade frågan från Rolf Genne.

Docent Sven Carlström



FÖRENINGSNYTT

UMEÅ

Föräldralsektionen inom Umeå diabetesförening har anordnat en tre-dagarskurs i Hemavan. Ett 70-tal barn och föräldrar deltog plus dietist, psykolog och barnläkare.

Bruno Häggelöf informerade på fredagen deltagarna om diabetes och diabetesforskning. Dietist Lena Stål arbetade samtidigt tillsammans med barnen fram aktiviteter och lämplig mat.

På programmet stod också fjällvandring. På kvällen blev det ytterligare en föreläsning. Det var psykolog Anders Tall som redogjorde för en intervjuundersökning som några psykologistuderande i Umeå gjort med 12 diabetesfamiljer.

Lördagen inleddes med en föreläsning av Bruno Häggelöf, som följdes av en frågestund. Sedan blev det åter tid för "friluftsliv" och på kvällen blev det stort barnkalas.

På söndag informerade dietist Lena Stål föräldrarna medan Bruno Häggelöf då tog hand om informationen till barnen.

Föräldralsektionen med Georg Rundström i spetsen hade här lagt ned ett väldigt arbete och ordnat en mycket givande kurs. Alla föräldrarna upplevde det hela positivt och kom hem styrkta både till kropp och själ, för att möta vardagens problem.

KRONOBERG

Inom Diabetesföreningen i Kronoberg finns idag en föräldralsektion som startats av några initiativrika

föräldrar. En av anledningarna till att sektionen bildades är att föräldrar — och barn — skall kunna dryfta uppkomna problem samt ordna lite kul träffar då och då.

En sådan träff arrangerades i höstas, då man ordnade utflykt till en plats strax utanför Växjö som heter Furuby. Det blev lekar av allehanda slag. Den medhavda matsäcken smakade förträffligt och framåt kvällen blev det korvgrillning.

S.E.

Diabetesföreningen Kronoberg har haft sin traditionsenliga julfest. I år lockades cirka 150 barn och vuxna till Värendssalen. Kaffe och smörgås till de vuxna, saft och bullar plus en gottpåse till barnen stod bl a på programmet. Vidare anordnades lotterier och behållningen av dessa kommer att användas till olika aktiviteter samt till forskning om diabetes.

R.S.

SKÖVDE

Skövde diabetesförening har hållit sin traditionella Luciafest med drygt 200 personer närvarande. Föreningen som samtidigt firade sina 15 första år bjöd medlemmarna på festen.

Sedvanliga arrangemang stod på programmet, dvs lucia-tåg, dikter, julsånger och kaffe med dopp.

Efter detta blev det auktion på paket som givmilda medlemmar skänkt. Ordföranden Rolf Pettersson höll i klubban och lyckades få in så många bra bud att resultatet av auktionen blev hela 2.700 kr.

Medan mamma och pappa deltog i auktionen tittade barnen på teck-



Bertil Olsson avliden

Med bestörtning har meddelandet nått oss att Bertil lämnat kamratkretsen.

Trots att sjukdomen redan under unga år orsakade medicinska komplikationer, blev Bertil en av de mest aktiva inom Diabetesförbundet.

Bertil kom att engagera sig i frågeställningar som behandlade dagens problem, men som samtidigt siktade på en lösning i framtiden. Han var en ivrig förkämpe för forskningen. Bertil ville också i ökad omfattning få utrymme för social forskning.

Den fråga som kom att stå honom närmast var nog ändock studieverksamheten. Få kunde som Bertil argumentera för betydelsen av studier. Han var också en av författarna till studiematerialet "Aktiv medlem".

Personligen hade jag förmånen att under ett drygt årtionde känna och få samarbeta med Bertil. En bekantskap som resulterade i respekt för Bertil som människa. Bertil kunde också som få skilja på sak och person. Detta gjorde honom också omtyckt överallt.

På grund av sina kunskaper och sitt engagemang erhöll Bertil många uppdrag. 1972 invaldes han i Diabetesförbundets styrelse och arbetsutskott. 1978 valdes han till förbundets 2:e vice ordförande. Bertil var också vid sin bortgång ordförande i länsföreningen i Östergötland samt styrelseledamot i Norrköpingsföreningen.

Med tacksamhet kommer vi att minnas Bertil och hans stora intresse för vår gemensamma sak.

Stig Andersson
förbundsordförande

nade filmer och det hela avslutades med att tomten kom och delade ut gottpåsar till alla barn.

K.K.

VÄSTERVIK

Tjustbygdens diabetesförening hade den 9 dec en stämmingsfull Luciafest. Under de korta mötesförhand-

lingarna beslutade man bl a att skänka 1.000 kr till förbundet, att användas på Nordanede. Man beslöt också att dela ut julgåvor till en del äldre och sjuka medlemmar. Nils-Allan Edman rapporterade också från Ungdomskonferensen i Ronneby.

ES

Tandvården för diabetiker katastrofal

Efter att ha haft årlig kontakt med tandläkare under många år, så blev jag helt oförskyllt utan, då min tandläkare flyttade till annan ort.

Det fanns ingen som kunde ta över vare sig praktiken eller gamla patienter, så resultatet blev rent ut sagt katastrofalt för många av oss gamla patienter, speciellt med tanke på vad som skrevs i tidningen Diabetes 6/79 om vikten av en god tandvård.

Jag har försökt att ringa runt efter telefonkatalogens yrkesregister hos stadens tandläkare men fått samma nedslående svar överallt. "Nej, tyvärr vi kan inte ta emot nya patienter". Jag har i de desperataste stunder skrivit insändare till vår lokal-tidning, skickat ut brev till tandläkarna. Men resultatet alltid det samma, inget svar alls . . .

Man kan tydligen på ansvarigt håll inte klara av den här situationen som uppstod när tandvårdsreformen trädde i kraft. Vi diabetiker borde ha rätt till sk förtur då man vet enligt expertis att vi oftare än andra råkar ut för olika slags tand-sjukdomar.

Jag undrar bara varför inget görs på ansvarigt håll. Som bara en liten röst har jag svårt att kunna ensam påverka och förändra systemet. Men jag tror att det finns många flera

med mig som hamnat i samma svåra situation.

Jag är 36 år och har en enda önskan att få behålla mina egna tänder så länge det är möjligt men som det nu ser ut så verkar det inte kunna bli en verklighet för varken mig eller många andra människor. Detta på grund av reformen som skulle ge alla en chans till god tandvård. I mina öron låter det nu nästan groteskt, tanken med reformen var bra, men hur har det gått i praktiken?

Jag tycker vi skall börja vårt fina ofördärvade 80-tal med att göra något åt den nuvarande katastrofala situationen.

Finns det flera som har synpunkter på det här vore det trevligt att höra om dem.

Gudrun M Lindwall



TACK!

För all visad vänlighet och allt deltagande vid min älskade makes, vår kära pappas

BERTIL OLSSON

sjukdom och bortgång samt för alla gåvor, som inkommit till Svenska Diabetesförbundets Forskningsfond, framföres vårt varma tack.

MARGOT

Eva Anders

Svenska Diabetesförbundet
Box 266
101 23 STOCKHOLM

Undertecknad anmäler härmed att

född den

är intresserad av att delta i

barnkolonien, Bocksjölägret	14.6—5.7	<input type="checkbox"/>
barnkolonien, Bocksjölägret	12.7—2.8	<input type="checkbox"/>
sjösportlägret, Assö	14.6—5.7	<input type="checkbox"/>
sjösportlägret, Assö	26.7—16.8	<input type="checkbox"/>

(x-markera i lämplig ruta)

Skicka anmälningsblankett till

Namn

Adress

Postnr Postadress

Tel bost/..... arb...../.....

BonSwab tvättsudd

c:a 150 suddar

9:—/burk + porto

Beställ direkt från

ESKILSTUNA DIABETESFÖRENING

Postbox 97 631 02 ESKILSTUNA Postgiro 46 88 57-8

Kansli: Klostergatan 4, tel. 016/11 07 16

Öppet tisd. 18.30—20.00

Forts fr sid 3

tydelse trängt igenom. Sedan dess har vi haft diskussioner om hemmakontrollernas betydelse, antalet insulindoseringar per dygn m.m.

Att det ännu inte 1980 skulle ha "trängt färdigt" är helt enkelt skrämmande. Visserligen byggdes inte Rom på en dag, man får alltid acceptera vissa fördröjningar, men det finns inget skäl varför en diabetiker idag skall acceptera vårdlösningar som är 20—30 år gamla. Det är ett ganska rimligt krav att läkaren i sin yrkesutövning tillämpar "vunnen klinisk erfarenhet".

Vad som ytterligare skrämmer mig, är att den här kritiken kommer via en aktiv läkare. Inte därför att det är en läkare som reagerar utan därför att diabetikerna själva inte reagerar i större omfattning. Varför?

Är förklaringen ett kvardröjande piedestaltänkande?

Är man rädd för att komma i onåd hos behandlingsläkaren?

Eller är orsaken den att jag aldrig har lärt mig att våga ifrågasätta, trots att jag känner att jag inte mår bra?

Oavsett svaret blir resultatet i regel en dålig diabetesbehandling.

Flertalet av diabetesläkarna är medvetna om patientens problem. Man arbetar också, många gånger med dåliga resurser, för att hitta en lösning.

För Svenska Diabetesförbundet är det naturligt att solidarisera sig med dessa seriöst vårdarbetande läkare i ansträngningarna för "bästa möjliga vård", i vilket helt naturligt skall ingå att diabetikern skall må bra.

STIG ANDERSSON

Ny annonspolicy i Diabetes

Svenska Diabetesförbundets styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 1 december 1979 att anta en ny policy för annonser i tidskriften **Diabetes**.

Anledningen till beslutet är att förbundsstyrelsen vill anpassa policyn till bl a den kostbehandling som numera förordas för diabetiker på de flesta ställen i landet.

Här nedan följer ett ordagrant återgivande av den nya annonspolicyen:

"Svenska Diabetesförbundet jämställer reklam med information.

Reklam för produkt som är avsedd för oral konsumtion skall innehålla uppgift om sötningsmedel ingår och i så fall vilket.

Sötningsmedel skall energideklarerars. Därtill skall anges om sötningsmedlet har en blodsockerhöjande effekt.

Ord som "sockerfritt", "osockrat" eller "osötat får ej förekomma i annons som gör reklam för produkt innehållande sötningsmedel. Enda tillåtna formulering är "innehåller inte vanligt socker (sackaros)".

Text i annons för produkt som är avsedd för oral konsumtion får ej antyda att diabetiker — i förhållande till icke-diabetiker — har särskilda behov eller önskemål.

Innehåller annonserad produkt sockeralkoholer skall i annonsen anges att detta kan ge tarmoroligheter.

Minsta stilgrad för ovanstående uppgifter skall vara nio (9) punkter.

Annons skall före införandet granskas av Svenska Diabetesförbundet."

INSULIN MIXTARD[®] LEO[®]

Det enda insulinet med möjligheten att ge högrenat snabb- och medellångtverkande svininsulin som en injektion.



INSULIN MIXTARD[®] LEO[®]

Blandning av 30% Insulin Neutral Leo och 70% Insulin Retard NPH Leo (servicepreparat). Effekt från 1/2 timme upp till 24 timmar med maximal effekt mellan 4—8 timmar.

INSULIN NEUTRAL[®] LEO[®]

Klar upplösning. Effekt från 1/2 timme till 8 timmar. Med maximal effekt 1—3 timmar.

INSULIN RETARD[®] NPH LEO[®]

Suspension av mikrokristalliniskt protamininsulin. Effekt från 1 1/2 timme upp till 24 timmar. Med maximal effekt mellan 4—12 timmar.



Nordisk Insulinlaboratorium

Ombud: AB Leo - Fack - 251 00 Helsingborg - Tel. (042) 12 06 00

Om adressaten flyttat v.g. returnera till
Diabetes, Box 266, 101 23 Stockholm.
Vi betalar portot.

Svenska Diabetesförbundet

är diabetikernas egen organisation

Vi arbetar för att förbättra
Dina medicinska, ekonomiska
och sociala villkor
Du stöder detta arbete genom att
bli medlem i förbundet

**Ja, jag vill bli medlem
i Svenska Diabetesförbundet**

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Frankeras ej
Adressaten
betalar portot

Svenska Diabetesförbundet

**Svarsförsändelse
Kontonummer 7998**

101 10 STOCKHOLM

