

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.



Nr 6 1987

VP
1086

DIABETES



SVENSKA DIABETES
FÖRBUNDET



UR INNEHÅLLET:
Nya koströn i bok och broschyr Sid 4
Ett rosa alternativ Sid 14
Galning på en öde ö Sid 10

Heistad

Light



NYHET

Bästa beviset för att **GOD** sylt och marmelad kan tillagas utan den minsta gnutta socker!



Sötad med Aspartam!

Med det nya sötningsmedlet Aspartam har vi tillagat helt osötkrad sylt och marmelad, som smakar lika sött och gott som om den vore sockrad. Heistad Light bevisar hur väl vi lyckats!

Faller hela familjen i smaken.

Heistad Light sylt och marmelad uppskattas lika mycket av den som normalt vill ha en sockrad produkt, som av den som vill eller måste undvika socker i maten. Gott och nyttigt för hela familjen!

Heistad

A/S HEISTAD FABRIKKER
Postbox 125, 1362 BILLINGSTAD. NORGE

Marknadsföres i Sverige av SÄLJTRION. Tel: 031/87 03 20

Sekterism

Det som brukar känneteckna en del religiösa organisationer, vilka anse sig ha funnit det enda rätta budskapet, är en oerhörd intolerans mot andra som kanske ifrågasätter ett eller annat ord i dogmerna. Man glömmer också därvid så lätt allt det som förenar i tron, överbetonar de små, små nyanser som till äventyrs kan råda i trosuppfattningen. Det är sådant som leder till sekterism, där bara den egna lilla sektens uppfattning tillmäts någon betydelse.

Något av en sådan sekterism präglar också Synskakades Riksförbunds nu fattade beslut att i juni 1989 utträda ur HCK. Man anklagar samtidigt en rad andra handikappförbund för att inte veta vad handikapp är eller att sväva på målet när det gäller att definiera vad ett handikapp är.

Man vill gärna från SRF:s sida skilja mellan handikapporganisationer och patientföreningar. Det är en för Svenska Diabetesförbundet helt obegriplig uppdelning. Om en person får sin syn skadad på grund av att han är diabetiker, då blir han handikappad, dvs synhandikappad, men enligt SRF:s sätt att resonera är det däremot tveksamt om de icke fungerande insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln innebär ett "handikapp".

Vi från Svenska Diabetesförbundet kan inte acceptera detta sätt att resonera. Vi tycker också illa om den form av sekterism som anklagar andra handikappförbund för att inte vara verkliga handikappförbund. Vi tror att det är direkt till skada för de handikappade inklusive de synskadade att idag starta en splittringsrörelse inom handikappförbunden. I nuvarande läge är det viktigaste för de verkligt handikappade att man slåss tillsammans mot nedskärningar och inskränkningar, istället för att ödsla en stor del av sin kraft på en lärostrid om vad som är handikapp. Dogmerna kan inte vara viktigare än den utåtriktade kampen.

Nils Hallerby
Förbundsordförande

OBSERVERAT

Utbildar i bilder

Lennart Winblad, diabetiker och synskadad, har ett ovanligt jobb. Han är bildlärare. När hans syn plötsligt försämrades våren 1980 och han blev blind trodde han att han gjort sin sista timme som bildlärare. Men Lennart fick stöd, av skolchefen som sa "det är klart att du ska tillbaka som bildlärare" och hjälpte honom att få tron på sig själv och

sin förmåga att återkomma i sitt jobb. Skolchefen ansåg också att det var bra att få in kunskaper och erfarenheter om handikapp i skolan. Nu undervisar Lennart på grundskolenivå i sju skolor i Munkedals kommun. Om Sveriges enda blinda bildlärare kan man läsa i Information om Rehabilitering nr 5/87.

DIABETES

SVENSKA DIABETES
FÖRBUNDET

Nr 6 1987.

Organ för Svenska Diabetesförbundet.

Ansvarig utgivare: Berndt Nilsson

Redaktion: Ann-Sofi Lindberg,

Ulla Ernström,

Redaktionskommittén: Nils Hallerby, Berndt

Nilsson, Bo Lundberg, Jan Östman,

Ann-Sofi Lindberg, Ulla Ernström.

Redaktion och annonskontor:

Tidningen Diabetes, Box 5023

125 05 Älvsjö, Besöksadr:

Östrandsvägen 57, Enskede

Telefon: 08-81 04 90

Postgiro: 481 31 35-3

Insamlingspostgiro: 900 901-0

Prenumerationspris: 100:-

Layout: Grey Halmstad

Omslagsfoto: U. Risberg/N

Tryck: Tryckmedia AB, Halmstad

Utges även som taltidning.

Eftertryck förbjudet utan skriftligt medgivande från redaktionen.

INNEHÅLL

LÄTTARE ATT ÄTA – LÄTTARE ATT LEVA. Handboken om kost och diabetes presenteras	4
GALNING PÅ EN ÖDE Ö. En diabetiker överlever	10
ETT ROSA ALTERNATIV. Vidarkliniken i Järna behandlar sina patienter "alternativ", parallellt med traditionell medicinsk behandling	14
MINSKA ELDEN – STÄRK YIN! Om akupunktur som alternativ behandlingsmetod	17
RUTIG TÅRTA OCH RÖRA I JUL. Helgmat med Ulla Ingesson	18
AKTUELL FORSKNING. Insulinupptaget kritisk faktor av Birgitta Linde, forskare vid Huddinge sjukhus	22
JÄMTARNAS FRÅGEPARAD. Diabetesdagen i Östersund	26
SPRUTTEKNIK OCH ROMANTIK I MÅLARVIK. Årets ungdomskonferens i Fagerudd	30
MÖTEN MED MÄTARE. Är det lönt att köpa blodsockermätare? Lite om de tre vanligaste märkena ...	34
NY BOK EN VÄGLEDARE. Diabetessjuksköterskan Ulla Klingvall recenserar en bok om diabetes för barn och ungdom	37
DEN TÄNDANDE GNISTAN. Bra initiativ i Alingsås	38
FRÅGOR OCH SVAR	42
TIGER FÖR PENGARNA. Årets idrottsstipendiat är kanotisten Eva Andersson, Sundsvall. Slalomåkaren Mats Linder får hedersomnämning	44

Nu är den äntligen här – rykande färsk, brännande aktuell och efterfrågad överallt där diabetes behandlas:

KOST OCH DIABETES, boken

som presenterar senaste nytt inom forskningen. Det är Svenska Diabetesförbundets kostråd, som vill ge vägledning och stöd åt vårdpersonal på alla nivåer.

Lättare att äta rätt – lättare att leva

Det är en liten, men väl sammansvetsad grupp "kostpampar", som i en anda av givande och tagande nu presenterar sin gemensamma syn på diabeteskosten.

– Det har varit spännande på många sätt, tycker Nils-Georg Asp, professor vid Kemicerum i Lund.

– Vi har haft tillfälle att ventilera och värdera de fakta om diabeteskosten som hittills kommit fram, fortsätter han, och i boken tagit vara på den kunskapen. Och resultaten lär nog stå sig ett tag framöver, så någon ny reviderad upplaga får vi knappast se nästa år.

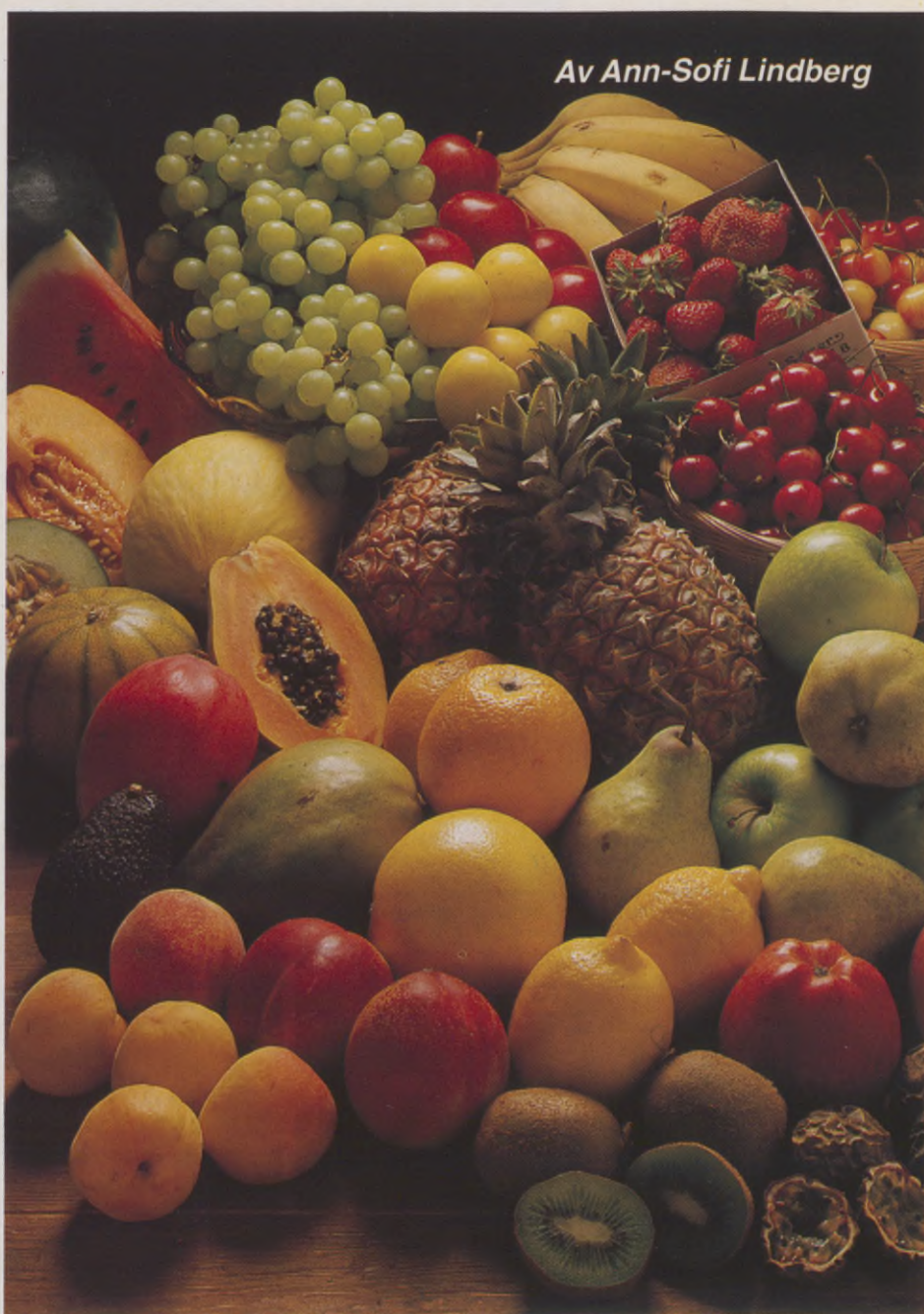
– **Vad är bokens viktigaste budskap?**

– Vi visar att diabeteskosten följer de svenska näringsrekommendationerna, förklarar Margit Eliasson, kostrådets dietist och verksam vid Landstingets undervisning för diabetes i Stockholm. Och vi ger exempel på hur maten ska sättas samman för att stämma överens med råden.

– **Vilken betydelse kommer den att få?**

– Vi hoppas att den ska både vara basen för en ökad kunskap om diabeteskosten och vara utgångspunkt för att genomföra förändringar, säger Bengt Vessby, docent från Uppsala och ordförande i kostrådet.

– Kunskapen har ju egentligen funnits tidigare, menar han, men den har inte lett någonstans. Vi har gjort fel, helt enkelt, och det på två sätt: dels genom att lägga en alltför stor vikt vid att begränsa kolhydraterna, vilket medfört en alltför protein- och fettrik kost.



Av Ann-Sofi Lindberg

Skivad frukt eller strimlade grönsaker är gott att äta på smörgåsen som omväxling till ost och skinka.

Foto: Knut E. Svensson

– Man har knappt vågat äta bröd, ris eller pasta och i stället tagit mer kött och fisk, förklarar han. Och det kan leda till att proteininnehållet blir högre än man önskar.

– Dels har det legat en överdrivet stark betoning på sockrets roll. Många diabetiker har sett som sin viktigaste uppgift att leta sockerfria produkter. På så sätt har man silat mygg och svalt kameler.

Bränsle och slagg

När man läser kostbokens avsnitt om de olika näringsämnen och deras inverkan på kroppens kemi och fysik dyker plötsligt bilden av människan som en maskin upp i huvudet: i ena änden tillförs bränsle, med olika kemiska beståndsdelar avpassade efter organismens behov. I andra änden rinner slaggprodukterna ut och hela tiden pågår en process inne i kroppen som ska spinna så tyst och effektivt som möjligt.

– Risken är att språket blir så när man skriver om mat som näring, medger Nils-Georg Asp. Därför ägnas ett speciellt kapitel åt de psykologiska faktorernas betydelse i diabetesbehandlingen. Det behövs som en motvikt till allt det näringsfysiologiska.

De aspekter som tas upp är bland annat de krav på speciell livsföring som sjukdomen ställer, ångest och oro inför komplikationer samt förhållande till närstående och anhörigas roll.

– Utgångspunkten är att patienten själv ska bestämma hur han ska äta och leva, menar Henry Pettersson, som är flygkapten och inte yrkesmässigt anknuten till diabetesvården. Tillsammans med leg psykolog Anita Carlsson förmedlar han de ofta förbisedda psykologiska kunskaper, som behövs för en bra behandling.

Kapitlet avslutas med råd till personal inom vården, bra och konkreta tips hur man handskas med psykologiska aspekter av diabetes.

– **Blir det lättare att leva med diabetes om man får de här kostråden?**

– Ja, absolut, menar Bengt Vessby. Det är mindre restriktioner vad gäller till exempel kolhydrater. Sådana utbyteslistor försvinner och ersätts av *energimått* för att bättre kunna uppskatta det individuella behovet av energi.

– Och så ska vi reglera det som vi vet är boven i dramat, nämligen fettet.

Även Margit Eliasson hoppas på en förbättring av livskvaliteten.

– Om vi får bort alla dåliga samveten, typ att det svåraste med diabetes är att gå bort på fest, då har vi vunnit mycket, säger hon.

Fettavvägd, fiberrik mat

– **Diabeteskosten är ju ingen konstig mat, utan vanlig och god och precis densamma som för alla andra människor, säger Bengt Vessby, kostrådets "fettexpert".**

– **MEN, understryker han, diabetikern riskerar mycket mer, till exempel senkomplikationer, genom att avvika från goda matvanor.**

– Man behöver inte leva som en asket bara för att man har diabetes, påpekar han, och visst kan man äta någon fet ost och sötsaker ibland. Med våra råd om en fettbalanserad, fiberrik mat vill vi skapa en hygglig vardagstillvaro för diabetikerna.

– **Vad spelar fettet för roll i diabeteskosten?**

– Alla måste äta fett, men lagom mycket, säger han. Nu äter vi upp till 40 energiprocent fett, en siffra som borde minska till 30. Åtminstone för äldre typ 2-diabetiker; unga, insulinberoende patienter utan övervikt kan behöva upp till 35 procent.

Fettet har inget direkt samband med sockerkontrollen. Det kanske viktigaste skälet till att begränsa fettet, framför allt det mättade, är i stället risken för åderförkalkning och andra följsjukdomar.

– Vi vet att typ 2-diabetiker ofta är överviktiga och som del i behandlingen ingår därför en kontroll av energiintaget.

Det måste anpassas till individens behov, men syftet är att patienten ska gå ned i vikt.

– För det andra vet vi att typ 1-diabetiker har en alldeles för stor variation av vad de äter från dag till dag, precis som alla andra. Men med en fix insulindos får man ingen bra sockerkontroll på det viset.

– I viss mån kan man vara flexibel med insulinpennans hjälp, men det går inte att ha en totalt flytande regim. Alltså bör vi eftersträva mer regelbundna matvanor.

Nu är det inte bara mängden fett man bör tänka på, utan också kvaliteten.

– **Vilket fett är sämst?**

– Det mättade, svarar Bengt Vessby. Smör, äggula, mjölkfett, grädde, fet ost och feta charkuterivaror kan man dra ned på och dessutom skära bort det synliga fettet från olika köttvaror.

– **Men har inte fett en smakförhöjande effekt i olika maträtter?**

– En vanesak, konstaterar Bengt Vessby. Nu har ju även finare restauranger börjat inse att man kan laga mat utan grädde. I USA sker just nu en väldig satsning på restauranger med mat sammansatt på ett nyttigare sätt.

– Maten i Sverige borde vara mer lik den man äter i Medelhavsländerna, anser han. Och fisk kan vi äta mycket mer av, det blir man dessutom klok av, tillägger han halvt på skämt, halvt på allvar. Man har nämligen hittat den typ av fleromättat fett som finns i fisk i människans hjärna!

Utbyteslistorna förlegade

– **Kolhydrater i sig är inte farliga, tvärtom ska vi försöka äta mera kolhydrater. Särskilt de med mycket fibrer i, till exempel grovt bröd, bönor, hela frukter och grönsaker, säger Nils-Georg Asp, som främst ägnat sig åt kolhydraternas roll.**

Fibrerna gör att kolhydraterna spjälkas långsammare och upptas senare i blodet. De gelbildande kostfibrerna har en positiv effekt på tarmslemhinnan, som tycks bli tjockare och mer ogenomtränglig för sockerarterna. Men även strukturen och värmebehandlingen spelar roll för hur snabbt kolhydraterna i ett livsme-

del omvandlas till socker.

– Rå potatis ger en mycket låg blodsockerstegring, säger Nils-Georg Asp, medan kokt potatis är ett snabbt kolhydrat med samma blodsockersvar som en sockerlösning.

På samma sätt är det skillnad mellan ris och rismjöl. Kokt ris ger lägre blodsockersvar än potatis, men om riset mals till mjöl upphävs skillnaden. Detta anses bero på partikelstorleken efter tuggning.

Det visar sig nämligen att spaghetti och andra pastaprodukter ger en långsam stegring av blodsockret, trots att de är relativt kolhydratrika.

Cellstrukturen har också betydelse för blodsockersvaret. Bönor, linser och är-

Vänd!

LÄTTARE ATT... forts

ter har långsam effekt på blodsockersvaret, vilket beror på att det tar tid att bryta upp den relativt intakta cellstrukturen i tarmkanalen innan kolhydraterna kan spjälkas.

– På samma sätt ger hela frukter långsammare kolhydrater än juice och puré, förklarar han.

– De nya rönen innebär att de gamla utbyteslistorna för kolhydrater, som diabetikerna uppmanats att följa, nu är inaktuella, menar Nils-Georg Asp.

Listorna byggde på att olika livsmedel var utbytbara om de innehöll samma mängd (vikt) kolhydrater.

– **Hur är det med rent socker, är det fritt fram där också?**

– Nej, men vi har lättat litet på det förbudet. Traditionellt har ju tillsatt socker ansetts mer eller mindre förbjudet i diabeteskosten, medan fruktos och sorbitol ansetts mera lämpliga. Sackaros ger nämligen högre blodglukos- och insulinvar än fruktos och sorbitol när de ges som vattenlösning i belastningsförsök.

– Men ingår de olika sockerarterna i mindre mängder i en måltid ser man oftast ingen nämnvärd skillnad, påpekar han. Därför kan man äta till exempel matbröd med en sockerhalt på upp till fem–sex procent och det innebär att bara de allra sötaste sirapslimporna och kavring hamnar ovanför det lämpliga, förklarar han.

Mindre fett

– **Lärorikt och stimulerande!**

Det är docent Jan Östmans upplevelse av arbetet med kostboken. Han hoppas nu på en fortsättning som tar upp kosten vid diabetes hos barn och ungdom.

– Först under senare år har man börjat mäta i blodet vad som händer med sockret och insulinet efter att man ätit något speciellt, till exempel potatismos respektive kokt potatis, förklarar han.

– Förut tittade man i stället på det som låg på tallriken och beräknade mängden stärkelse, protein och så vidare. Nu mäter vi vad som händer i kroppen och får bättre kunskap på det viset.

– **Hur ser den 'nya diabeteskosten' ut?**

– Mindre fett, framför allt. Epidemiolo-

giska studier visar att risken för åderförkalkning är större hos såväl typ 1 som typ 2-diabetiker. Därför är det onödigt att äta sådant som ytterligare ökar den risken, menar Jan Östman.

– Om man drar ned fetthalten måste något ökas, fortsätter han. Lämpligt är då vissa kolhydrater, i synnerhet fiberrika sådana.

– I allmänhet närmar sig diabeteskosten den normala kosten. Man är inte lika sträng med snabba kolhydrater längre, under förutsättning att de intas i samband med en större måltid. En kaka till kaffet efter maten eller äppelkaka till efterrätt till exempel.

– Däremot gäller fortfarande att man är försiktig med sötsaker *mellan* huvudmålen.

Jan Östman efterlyser nu långtidsstudier för att pröva om de nya rönen är hållbara även på längre sikt.



Rotfrukter, som exempelvis kålrot, innehåller mycket kostfiber, vilket innebär att kolhydraterna spjälkas långsammare och upptas senare i blodet.

Foto: Studio Bengt Erwald

– Se upp med protein!

– **Diabetiker ska inte äta mer protein än andra, vilket lätt kan bli följden med de kolhydratrestriktioner som tidigare gällt.**

Det säger Margit Eliasson, dietist och välkänd för DIABETES' läsare.

– Vi vet att en del diabetiker så småningom utvecklar njurskador, säger hon, men problemet är att vi inte vet vilka. Därför måste man, för säkerhets skull, uppmana alla patienter med diabetes att åtminstone inte äta mer protein än vad andra gör. För mycket protein är nämligen inte bra vid njursjukdom. Idealet är att kosten för barn över tio års ålder och vuxna innehåller 10–15 energiprocent protein, och detta gäller även diabetiker.

– **Kan du ge tips om hur man kan byta ut protein mot kolhydrater till vardags?**

– I stället för ost eller skinka kan man lägga en skivad banan eller kiwifrukt på smörgåsen till mellanmålet. Det är mycket gott.

– Man kan också riva en morot eller annan rotfrukt som pålägg, tillägger hon. Rent allmänt kan sägas att när man komponerar en måltid är det bättre att öka mängden grönsaker, rotfrukter samt bröd, gryn, pasta och ris än att lägga på mer kött, mjölk och ägg.

Till kostboken hör en broschyr med veckomatsedlar som är näringsberäknade enligt rekommendationerna i boken. Den heter Mat vid diabetes – bra mat för alla och kostar 20 kr. Bok och broschyr kan beställas från LIC Förlag, tel 08/757 60 00. Bokens pris är 130 kr.

Kostrådet

**Docent Bengt Vessby,
Kungsgårdets sjukhus, Uppsala
(ordförande)**

**Professor Nils-Georg Asp,
Kemikum, Lund
Docent Jan Östman,
Huddinge sjukhus, Huddinge
Dietist Margit Eliasson,
Landstingets undervisnings-
centrum för diabetes,
LUCD, Stockholm**

**Henry Pettersson, Uppsala
(Svenska Diabetesförb. representant)**

Redaktör Birgitta Melin, Stockholm

Nya rön om kost och diabetes

Äntligen en gemensam syn på diabeteskosten! Svenska Diabetesförbundets kostråd lägger nu fram sin "kostbibel", som bygger på senaste nytt inom forskningen. Förutom boken finns en rikt illustrerad broschyr.

NYHET!

Kost & Diabetes

EN HANDBOK



KOST OCH DIABETES är en handbok som vänder sig till vårdpersonal på alla nivåer. Den innehåller råd om bra diabetesmat – mat som egentligen alla borde äta, med mer kolhydrater, mindre fett och ett vakande öga på proteinet. Boken tar också upp näringsämnenas funktion, både normalt och vid diabetes samt de psykologiska faktorernas betydelse.

Mat vid diabetes



bra mat för alla

MAT VID DIABETES – bra mat för alla är en broschyr direkt riktad till diabetiker eller deras anhöriga. Den innehåller bl a veckomatsedlar som är näringsmässigt beräknade med hjälp av data. Broschyren innehåller många färgglada foton.

LICFÖRLAG

BESTÄLLNING

Ja tack, jag beställer ... ex av boken **Kost och diabetes** à 130:-
... ex av broschyren **Mat för dig som har diabetes**. 1-19 ex 20:-,
Priserna gäller inkl moms. Porto/frakt tillkommer

Namn

Adress

Postnr

Ort

Beställningen insändes till
LIC FÖRLAG 171 83 Solna
eller ring in den på tfn
08-757 60 00

ORÄTTVISA OM PUMPAR

Jag är 28 år och har haft diabetes sedan 1968.

För ca ett år sedan fick jag tillfälle att ha pump eftersom mitt socker var oregelbundet på mornarna samt att jag hösten 1987 skulle återuppta mina studier vid universitetet. Jag hade inte mått så bra på 19 år tyckte jag själv. I vintras träffade jag en kille som jag blev kär i och vi beslutade att flytta ihop till hösten och så skulle jag börja studera i Örebro. Jag flyttade alltså till Eskilstuna.

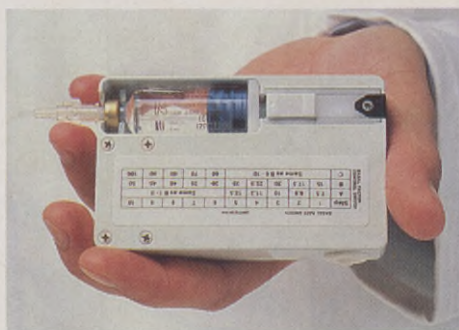
I juni när jag var på läkarbesök bestämde jag och min läkare att jag skulle fortsätta att behandlas i Älvsborgs läns landsting, Borås. Dessutom bestämde vi att jag skulle göra ett uppehåll med pumpen eftersom det var sommar och jag skulle kunna använda mig av insulinpenna, men att jag skulle börja igen med pumpen i augusti igen då skolan började.

I mitten av juni ringde diabetessköterskan till mig, hon undrade när jag skulle lämna tillbaka pumpen. Jag talade då om att jag och läkaren hade bestämt att jag skulle börja med den i augusti igen och att jag skulle behålla den så länge. Hon förklarade då att så var inte alls fallet. Eftersom jag skulle flytta kunde jag ju inte gå kvar i Borås och definitivt inte behålla pumpen, det var någon annan som skulle ha den (vilken jag ej missunnar att få använda pump). Hon talade också om för mig att jag inte var någon pumppatient, som hon uttryckte det. Jag vet inte vad hon menar egentligen. Från början skulle jag alltså inte skriva mig i Eskilstuna. Nu blev jag så förbannad så jag bestämde mig för att göra det ändå. Jag tycker inte att det finns någon rättvisa i detta. Är det inte huvudsaken att patienten mår bra eller är det personalens bedömning (favorisering) som avgör det hela?

Blodsockermätarna också

Sedan också vad jag tycker om blodsockermätarnas vara eller inte vara bland kostnadsfria hjälpmedel.

Jag tycker att de ska vara kostnadsfria, eftersom de är ett led i behandlingen hos diabetiker, dessutom mår man bättre som diabetiker och får större kunskap om sin sjukdom om man vet var man ligger i socker. Jag tror att det på



Signaturen har uppmanats att återlämna sin insulinpump när hon nu flyttat till annan ort. Hon känner sig orättvist behandlad. Hur det hela slutar vet hon inte än.

längre sikt kan minska antalet senkomplikationer. Jag anser att det är ett hjälpmedel likaväl som en hörapparat för en hörselskadad. Dessutom tror jag att de psykologiska aspekterna och effekterna minskar om man har ett sådant hjälpmedel, för då vet man hur man mår och kanske kan få kunskap om sin sjukdom, och har man kunskap om sin sjukdom så mår man psykiskt bättre, även fysiskt, det bara är så.

"En fråga om välbefinnande"

Svar:

Så här får det naturligtvis inte vara. Nu måste pumparna bli "godkända" som handikapphjälpmedel, dvs via handikappinstitutets hjälpmedelsförteckning rekommenderas som kostnadsfritt handikapphjälpmedel.

Att som "livegen" tvingas bo kvar i ett visst landsting för att få behålla sin insulinpump för tankarna till den fattigvård som jag trodde vi lämnat bakom oss. Den tid då man, på grund av arbetslöshet, lyte eller av andra skäl kunde nekas att flytta till en viss kommun, därför att man skulle bli en belastning för kommunens fattigvårdskassa.

Oavsett om man får (får låna) en ny pump i sitt nya landsting så är hela handläggningen absurd. Den tid som går åt för en ny medicinsk utredning kan, både av den enskilde diabetikern och vårdpersonalen användas bättre, för att inte tala om vad det kan betyda hälsomässigt att byta behandlingsmetod under väntetiden.

I handikapprörelsens stora hjälpmedelsprojekt ansvarar jag för delprojektet "Kostnadsfria förbrukningsartiklar och

Behandlingshjälpmedel". Genom detta projekt skall vi tillsammans se till att få ordning på de problem som beskrivs i insändaren. Detta skall jag naturligtvis, som en av handikapprörelsens fem sakkunniga, också ha som mål för arbetet i den statliga hjälpmedelsutredningen. Men förutsättningen för att vi skall kunna uträtta något är att vi gör det tillsammans, så snälla ni, skriv och berätta om era problem med hjälpmedel (se upprop i Diabetes nr 5). Det är era erfarenheter som kan hjälpa mej att göra ett bra jobb.

Maud Wikström
utredningssekreterare hos
Svenska Diabetesförbundet

RABATT - ELLER FÖR HÖGT PRIS?

Firman Bayer Sverige AB, Ames Diagnostica, Göteborg, introducerade blodsockermätaren Glucometer II i slutet av 1986. Den kostade då 1.500:–. Inför övergången till Insulin 100 IE, 1 april–30 september 1987, gavs en generös rabatt på hela 750:–. Rabatten är nu förlängd till årets slut.

Då jag inte tror att firman nu säljer sin vara med förlust, måste det betyda att företaget tidigare tog ut ett för högt pris och vi diabetiker som behövde apparaten någon månad tidigare blev lurade.

Vi fick betala ett för högt pris!

"Diabetiker sedan 1944."

Denna insändare måste rimligtvis också gälla företaget Boehringer Mannheim Scandinavia AB, Bromma, som också säljer sin blodsockermätare till rabatterat pris, för 750 kronor.

Redaktionen



Insuflon[®] Det bästa som hänt oss.

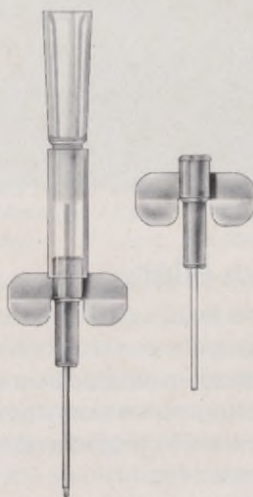
Som förälder till barn med diabetes upplever man dagligen samma inre konflikt. Nämligen att det man vet är bäst och nödvändigt för ens barn samtidigt kommer att göra ont. Både i barnet och en själv.

Det problemet löser Insuflon; en liten behändig mjukrörskate- ter i vävnadsvänlig plast, som läggs in i bukens underhudsfett. Genom ett litet membran i katetern kan sedan upp till 75 insulin- doser injiceras. Smärtfritt.

Insuflon kan ligga inne ungefär en vecka. Enda gången barnet överhuvudtaget känner något, är vid själva inläggningen. Och med bedövningskräm blir smärtan nästan obefintlig.

Tala med ditt barns läkare eller sjuksköterska om Insuflon, den barnvänliga katetern för injektioner av insulin.

Den kan bli det bästa som hänt ditt barn.
Och dig.



Viggo

BOC Health Care



Insuflon är ett kostnadsfritt hjälpmedel.

Galning på en öde ö

— Av Lars Hansson —

Mums! Kärleksörten piggar upp och smakar riktigt gott. Här är det artikelförfattaren själv som njuter.

Foto: Dan Wikner



Som reporter på Radio Västernorrland blev jag tillfrågad om jag ville vara med i Örnsköldsviks civilförsvärsövning där bland annat en överlevnadsvecka på en öde ö ingick. Jag skulle vara en av dem som landsattes på en ö där vi skulle vara helt utelämnade till vad naturen hade att erbjuda i form av mat och vatten. Efter en vecka skulle vi räddas av en räddningskryssare.

Efter konsultation med mina läkare avråddes jag vänligen men bestämt ifrån att ta del av övningen. En läkare fundrade till och med på att sända mig till psykiatriska kliniken för vård.

Envis som jag är och med stor nyfikenhet på om det gick att klara sig på en öde ö med allt vad det betyder bestämde jag mig för att genomföra övningen. Nu gällde det bara att finna en läkare som ställde upp på idén.

På lasarettet i Härnösand fann jag min

like i Anders Kempe. Efter ett par timmars övertalande och i vissa fall hot från mig – jag åker ändå – gick Anders med på att sända iväg mig. Innan avresan genomgick jag en medicinsk kontroll, som förmodligen inte gav mycket mer än att Anders kunde konstatera att han hade en "galen diabetiker" framför sig.

Efter noggranna instruktioner från Anders Kempe gav jag mig iväg till samlingsplatsen för överlevnadsmännskorerna.

Vid ankomsten till Ulvön, en liten ö i den västernorrländska skärgården, togs vi omhand av FOA:s (Försvarets Forskningsanstalt) chefspsykolog Ben Shalit för en psykisk förberedelse inför ö-vistelsen. Vi fick också förutsättningarna.

– Inga hygienartiklar, inget toalettpapper, inga sovsäckar, bara det ni går och står i. Er utrustning består av tänd-

Att tänka sig en diabetiker på en öde ö-vistelse skulle för bara ett par år sedan varit detsamma som att sätta sitt liv på spel.

I dag med de nya mediciner och hjälpmedel som står till buds är det genomförbart, på samma sätt som om diabetikern hade varit helt frisk.

Det var med den första uppfattningen som jag i slutet av augusti gav mig ut på en öde ö i den norrländska skärgården. Nu kanske vi ska ta historien från början.

stickor, kniv, yxa och såg. Om ni har tur flyter kanske lite mat och dricksvatten iland. Ni kommer att landsättas på en öde ö ute i Bottenhavet. Det är en ganska karg ö, så det kommer att bli hårda bud. Lycka till!

Överleva eller ...

Sent samma kväll sattes vi iland. Jag, en läkare, en pensionerad hotellportier, en vaktmästare, tre studerande ungdomar, en plåtslagare, en blomsterhandlare och en arbetslös. För oss gällde det nu att överleva eller ...

Efter att ha hittat en plats där det verkade vara förhållandevis lä och där det fanns granar i närheten bestämde vi oss för att slå upp ett vindskydd. På stranden hittade vi drivved som vi släpade upp till lägerplatsen.

Efter ett par timmar kunde vi slå oss ner i vindskyddet framför brasan, som vår

eldexpert hotellportiern gjort upp. Elden, som under veckan kom att bli vårt allt. Vår spis, vår värme och vår tröst i regnet och kylan.

Första natten blev orolig. Kyla, regn och hunger gjorde sig påmind hela natten och Bertil, vår eldvakt hade i stort sett sällskap av hela församlingen.

Utslagna

På morgonen kände de flesta sig ganska utslagna. Vi gick igenom vad vi skulle göra på dagen. Först på listan stod att inventera ön, vad den hade att bjuda på i mat och dryck.

Det var bara en av oss som hade tänkt på att vi måste ha vatten att dricka. Anders, den enda i sällskapet som hade lite erfarenhet från vildmarksliv, hade lagt ut sin regnkappa, för att i den samla regnvatten som vi kunde dricka. Av vattnet gjorde vi tallbarrsté, en välkommen dryck när vi kände oss helt genomfrusna.



Gitte Andersen har hittat drivved nere vid stranden. Foto: Elisabeth Persdotter

Dags att kontrollera blodsockret, som uppmättes till nio i fastevärde. Alltså låg det bra och det var då dags för basdosens insulin på tio enheter monotard, som jag fått instruktioner om.

Tre timmar senare ny kontroll, blodsockret hade sjunkit (6,5). Det kändes som om jag skulle få en insulinkänning, men som tur var uteblev den.

Vid vår inventering av mat och dryck tillgångarna hittade vi svamp och navellav som blev dagens lunch. Godare har jag ätit, men det mättade.

Ny koll, blodsockret lågt (6,5), mår bra. På kvällen började jag känna matthet.

Förmodligen en kombination av psykisk och fysisk trötthet.

Till kvällsmat åt vi svamp, kärleksört, (gott!) navellav och björkblad, något som visade sig vara mycket mättande. För att inte alla skulle bli dåliga lät vi alltid först en frivillig äta en liten bit av sånt vi var osäkra på. Sedan väntade vi tre-fyra timmar innan alla kunde äta. Den frivillige var, vansinnigt nog, oftast jag.

Vindskyddet hade under dagen förstärkts ytterligare och vi hade samlat ihop mer ris att sova på.

Med förhoppningen att kunna sova den här natten gick alla och la sig utom Bertil som självmant tagit på sig att vara eldvakt. Nattemperaturen var i snitt fem plusgrader medan dagarna var några grader varmare.

På morgonen samlades alla kring mig för blodsockertest. Nio kunde vi konstatera och syrorna på 3-9. Alltså var allt under kontroll.

Myrslakt

Matgruppen hade nu nya förslag till mat. Myror, vilka var både goda och gav frisk smak i munnen. Vi grävde fram dem i en stack och "slaktade" dem genom ett knäpp i huvudet med tummen och pekfingret.

För att få ännu bättre känsla i munnen tuggade vi sönder änden på tallruskor, som blev utmärkta tandborstar.

Nu satt vi alla samlade; trötta, våta och frusna och gick igenom vad vi skulle göra under dagen. På programmet stod att plocka drivved, leta mat och tälja skedar att äta med.

Efter två timmar kom den bekanta oron, svettningarna och darrningen. Insulinkänning!

Blodsockerstickor fram. Jovisst, 2,0 i blodsocker och en "brak-känning". Dags för Dextrosol. Hela paketet gick åt och snart kändes det bättre. Två paket kvar.

Det var nu matgruppen kom på idén att vi skulle leta efter huggormar och snokar.

– Det går att steka dem, det lär smaka som kyckling, sa någon.

Lyckligtvis lyckades vi aldrig fånga någon orm, men det var nära. Det vete sjutton om jag i så fall hade deltagit i måltiden.

Veden var slut och vedansvariga hade konstaterat att enda möjligheten att få tag i ved var att gå över till andra sidan av ön. En sträcka på cirka 3-400 meter, som kom att visa sig vara en plåga att tillryggalägga. 100 meter, sen vila en halv timma, ytterligare 100 meter och vila. På det sättet kom vi över till andra

sidan av ön. Där fanns drivveden. Med stort besvär lyckades vi få över så mycket ved så vi skulle klara natten.

Samla allt drickbart

På kvällen började en i gänget, Lars, må dåligt. Frossa och illamående och antydning till kräkning gjorde att han blev liggande inne i vindskyddet. Vår läkare, Elisabeth, bestämde att vi skulle samla ihop allt drickbart som fanns. Var femtonde minut tvingade vi honom att dricka, bara för att sedan se honom springa till närmaste träd för att spy.

På det sättet fortsatte hela natten. Diskussionen började ta form om vi skulle avbryta vår övning eller om jag i radion skulle be dem sända ut en båt och hämta Lars. Morgonen skulle få bli avgörande.

Det var med stor glädje vi på morgonen hörde Lars be om mat och vatten. Han hade klarat krisen. Vi skulle klara det, vi skulle överleva.

På förmiddagen kom ännu en insulinkänning (2,0). Dextrosol hjälpte mig igen – bara ett paket kvar nu. Jag började tvivla på vad jag hade gett mig in på. Varför fick jag insulinkänningar när jag nästan inte tagit något insulin? Skulle jag sluta ta basdosens eller hur skulle jag göra? Gav den lilla näring som jag åt så lite att jag kunde sluta helt med insulin? Efter moget övervägande beslutade jag att fortsätta som Anders sagt även om jag var tveksam till basdosens.

Strandfynd

Matgruppen kom skrikande och tjoande inspringande till lägret. Med sig hade de



Diverse husgeråd att tillaga till exempel navellav och rötter med.

Foto: Elisabeth Persdotter

en plastpåse med knäckebröd, buljongtärningar och morötter. De hade också funnit två plastdunkar med färskvatten. Maten och vattnet hade de hittat på stranden. Förmodligen hade civilförsvaret varit ute och placerat maten och vattnet på natten när vi sov.

Fyra enheter actrapid/snabbinsulin, fyra knäckebrödsdivor, tre deciliter buljong och tre morötter gjorde att kvällen blev fest.

Vänd



Så här mysigt hade överlevarna i sitt vindskydd.

Foto: Elisabeth Persdotter

... forts

Tyvårr försvann feststämningen med att maten tog slut. Frågorna började hopa sig. Hade vi övergivit vad vi kommit för? Var det rätt att äta maten? Handlade det om överlevnad när civilförsvaret placerade ut mat till oss? Det var dessa tankar, kölden och regnet (som kommit tillbaka), som höll oss vakna den natten. På morgonen kände jag mig dålig. Stel i lederna, olustig. Med stor spänning testade jag blodsockret. Mellan 11 och 16. Syrorna låg mellan sju och åtta. Basdosen tio enheter prothafan, som jag också fått med mig, tog jag tillsammans med fyra enheter actrapid. Förhoppningsvis skulle detta trycka ner både syrorna och blodsockret.

Tre timmar senare var blodsockret nere i 11 men fortfarande låg syrorna högt (7-8).

Springa i höjden

Jag kom ihåg att Anders hade berättat att syrorna kan springa i höjden samtidigt som blodsockret är lågt. Var det detta fenomen som nu drabbat mig? Hur skulle jag hantera det? Kanske skulle det bli bättre om jag hittade mer att äta? Lyckligtvis fanns det kvar lite knäckebröd, buljong och en chokladkaka som matgruppen hade sparat till frukost/lunch, vilket fördelades rättvist på alla. Förvisso hade hungerkänslan försvunnit men visst gjorde det gott. Inte minst den varma buljongen.

Tre timmar senare hade blodsockret gått upp till 17 men syrorna hade gått ner (3-9). Kanske hade Anders rätt i att det var mat och insulin som rådde på syrorna.

Nu började äventyret och veckan lida

mot sitt slut och sista kvällen samlades vi alla kring lägerelden. Det var med blandade känslor som vi konstaterade att vi snart skulle bli räddade. Förvisso var det ingen som ville stanna kvar ytterligare en vecka men ändå. Kamratskapet och gemenskapen hade vuxit sig stark i gruppen liksom att vi hade lärt oss en mängd saker.

Lärt en massa

Oförberedda och okunniga från början hade vi lärt oss en massa om ätliga rötter och växter. Att bemästra köld och regn. Vi hade kommit på att plocka varma stenar ur elden och lägga dem under risbädden i vindskyddet. Det gjorde att vi kunde hålla kölden stängd under natten. En del stoppade upp stenarna i armhålorna eller la dem på magen för att på detta viset hålla värmen, ja, knepen var många och uppfinningsrikedomen stor.

Äntligen räddade. Mat, bastu och hemresa. Livet lekte. För mig betydde det att jag skulle träffa Anders och genomgå läkarkontroll. Själv kunde jag märka att jag var matt och att jag hade fått klåda i underlivet, förmodligen på grund av bristande hygien. Jag kände mig också torr i huden, i ögonen. Alla prov visade sig vara bra. Jag hade klarat överlevnaden trots min diabetes. Jag lyckades bevisa det som ingen trodde på. En diabetiker kan också överleva. För visst kan det hända att vi hamnar i situationer som gör att vi måste ta till olika överlevnadsknep. ■

Lars Hansson är själv diabetiker och reporter på Radio Västernorrland.

Doktors kommentar:

En diabetiker som har vant sig vid minst fyrdosinsulin (med tonvikt på snabbinsulin) under några år och genom täta självkontroller lärt sig hur han eller hon reagerar i olika lägen bör kunna klara en sådan här extrem situation.

Lars Hansson var kanske inte någon helt idealisk patient i detta avseende, men kompenserade sig av en stark positiv vilja att klara av den tänkta situationen. Efter att ha visat sig kunna kontrollera sitt sockerläge regelbundet dagarna innan utfärd, så fann jag inga hinder för experimentet under förutsättning att:

- blodsockertest fem ggr/dag samt ev ketonuri i urinen morgon och kväll
- rapport varje eftermiddag om uppmätta värden.

Minskad dos

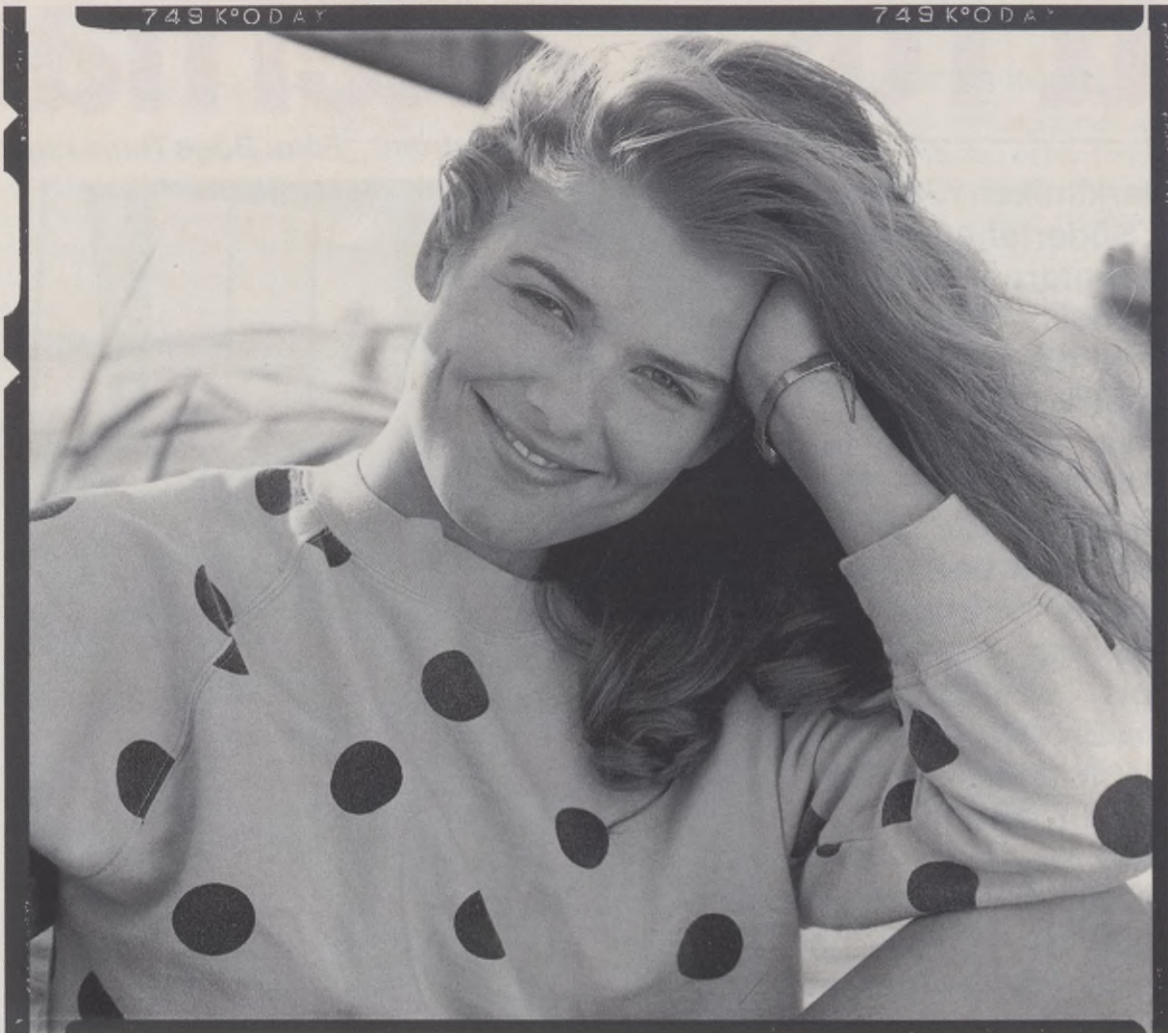
Basdosen medellångverkande insulin minskades till en fjärdedel av tidigare dos. Snabbinsulinet drogs ned till hälften.

Hur blev då utfallet?

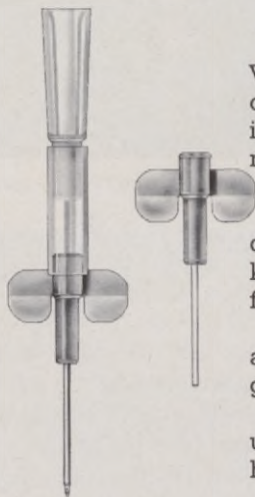
Först fick han insulinkänningar som främst måste förklaras utifrån de stora depåer av medellångverkande insulin som han hade med sig i bagaget (subkutana insulindepåer). Därefter blev blodsockerläget något högt, beroende på ökad mängd mat, eller en kombination av att insulinindosen blev för låg när depåerna successivt tömdes.

Lars kom dock aldrig i någon riskzon för hemtransport. Däremot skulle en del av blodsockersvängningen i slutet av veckan kunnat minskas genom tvåvägskommunikation eller ökad kunskap om snabbinsulin från Lars sida. ■

*Anders Kempe Leg läk
Härnösands sjukhus*



Insuflon[®] Det bästa som hänt mig.



Visst skulle det kännas som en lättnad att slippa smärtan och olusten vid injektion av insulin. Och att kunna ta precis så många injektioner som behövs för att uppnå bästa kontroll. Med ett minimum av obehag.

Du kan. Med Insuflon.

En liten behändig mjukrörskateter i vävnadsvänlig plast, som du lägger in i bukens underhudsfett. Genom ett litet membran i katetern kan sedan upp till 75 insulindoser injiceras. Helt smärtfritt.

Insuflon kan ligga inne ungefär en vecka. Ändå har du full frihet att vara precis så aktiv som du själv vill. Bada, duscha, jogga, gympa, windsurfa eller vadhelst du känner för.

Du behöver heller inte bekymra dig om att din Insuflon väcker uppmärksamhet. Det enda som syns är ett litet hudfärgat häftplåster, som håller katetern på plats.

Så tala du också med din läkare eller sjuksköterska om Insuflon. Den kan bli det bästa som hänt dig.

Viggo



BOC Health Care

Insuflon är ett kostnadsfritt hjälpmedel.

Alternativ medicin, undermedel eller kvacksalveri?

Ett rosa alternativ

Av Ulla Ernström — Foto: Börje Thuresson

På Vidarkliniken i Järna utanför Södertälje behandlas patienterna enligt antroposofisk "läkekonst", parallellt med konventionella mediciner.

Det nya sjukhuset har varit och är omstritt. Men när det nu står där i all sin rosa prakt blir belackarna allt tystare. Intresset från den "vanliga" sjukvården är stort, studiebesöken många. En ofta ställd fråga i detta teknikens tidevarv är hur vården egentligen ska se ut. Kan man lära något av Vidarklinikens sätt att bemöta patienterna? Här behandlas bara invärtesmedicinska sjukdomar. Även diabetes.

Blicken söker i Vidarklinikens spännande exteriör. Finns här en enda rätt vinkel? Jo, det gör det, väggarna lutar inte, men arkitekturen är ovanlig. Oregelbunden och mjuk. En byggnad i starkt rosa, fjärran från grå betong och typisk för antroposoferna.

Vidarkliniken möter sina besökare med rofylld stämning. Inget slammer, inga jäktade röster. Miljön verkar lugnande. Den rosa färgen dominerar också i interiören, med mindre avbrott i mättat blått eller gult. Överallt rymd och ljus, genomgående naturmaterial, rena ytor bryts av överraskande vinklar, stora fönster vetter ut mot den omgivande naturen och fälten för biodynamisk odling. Bakom allt ligger tanken om att miljön har stor betydelse för sjuka människors tillfrisknande.

— Vi tror att sjuka människor behöver ro. Därför finns varken radio eller TV på sjukhuset. Den rosa färgen betyder in-



Rymd och ljus kännetecknar den vackra Vidarsalen. Här samlas patienter, vårdpersonal och även besökare ibland, för konserter eller föredrag.

— Jag tyckte avståndet var stort mellan patient och läkare i den allmänna sjukvården. Därför sökte jag mig hit, säger Ursula Flatters, läkare och antroposof.

get annat än att det är en vacker färg, och stimulerande, det är därför vi har valt den. Atmosfären, patienternas omgivning, ingår som ett led i behandlingen, berättar Ursula Flatters, en av Vidarklinikens fem läkare och antroposof.

Diabetes typisk

För två år sedan tog Vidarkliniken emot sin första patient. Idag finns plats för 35–40 patienter. Sjukhuset byggs i etapper, när det står klart ska här finnas 74 vårdplatser. Man har mottagning för öppen vård, ett litet hotell och mödravård.

Patienterna har invärtesmedicinska sjukdomar, som magsjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, astma, allergier, och sjukhuset tar emot vissa cancerfall.

— Vi tar gärna emot diabetiker, säger Ursula Flatters. Diabetes är en typisk sjukdom där vi kan hjälpa till en hel del. Det är en matsmältningssjukdom där allt är stort, allt labilt, även om man har insulin. Man måste hela tiden anpassa sig och man kan drabbas av följsjukdomar i kroppens kärl.

Diabetikern kan uppleva det som tungt att bära detta. Och många diabetiker mår egentligen aldrig riktigt bra, menar

Ursula Flatters. De har glömt hur det känns att må bra. Hon anser att Vidarkliniken kan lära dem det.

– De diabetespatienter vi har haft tyder på det.

Trötthet är vanligt hos diabetiker och många kommer sig inte för med någon form av motion. Ursula Flatters pekar också på känsligheten för stress. Den kan vara ruinerande. Hon tycker att barn med diabetes borde slippa provskrivningar i skolan, åtminstone i de lägre klasserna.

Både kropp och själ

Vilken form av behandling erbjuder då Vidarkliniken diabetikerna?

Det är givetvis inte tal om någon bot av diabetes eller om att plocka bort insulinbehandlingen.

– Men blodsockret kan stabiliseras, man blir mer välinställd eller behöver mindre insulin. Vi tror oss också om att genom vår behandling kunna skjuta på följsjukdomarna, förklarar Ursula Flatters.

"Helhetssyn" har varit ett populärt uttryck i de senaste årens diskussioner omkring den allmänna sjukvården. Vidarkliniken tillämpar en helhetssyn enligt antroposofisk lära. Den går ut på att använda naturens egna material och de krafter som finns i dem. Medelst naturen ge stöd åt människans egna inneboende möjligheter till att påverka sin hälsa. Man behandlar hela människan, kropp och själ. Men analytisk verksam-

het är det inte fråga om, någon psykolog finns inte att tillgå.

Den antroposofiska åskådningen grundades av Rudolf Steiner i början av 1900-talet. Idéerna är spridda över hela världen, framför allt i Mellaneuropa, men verksamheter finns också i Amerika, Australien, Japan, Sovjet, m.fl. länder. I Sverige är waldorfskolorna ett exempel på antroposofiskt inriktad verksamhet.

Proteinskillnad

När vi talar om behandlingen nämner Ursula Flatters dieten först, den är viktig. Enligt den antroposofiska medicinen ska diabeteskosten vara helt sockerfri och helt vegetarisk (lakto). Man tror alltså inte enbart på den traditionellt rekommenderade diabeteskosten. Men några stora skillnader föreligger inte.

– Skillnaden ligger i proteinet. Vi föreskriver måttligt med protein och gärna vegetariskt. Se på västerlandet, USA till exempel, där man äter mycket protein och socker. Där finns också extremt mycket diabetes. Vi vill hävda att det är proteinet som ger åderförkalkning, inte fetterna. Den mat diabetiker serveras här innehåller fibrer, långsamma kolhydrater och värdefullt protein.

En diabetikers behandling på Vidarkliniken kan också innefatta varma rosmarin- och oljebad. De anses stimulerande, väcker lusten att göra saker. Stimulans får patienten också genom läke-
eurytmi, enkla rörelser till språk, sällan

musik, och anpassade till sjukdom och person.

Livet är en konst

Individuell målningsterapi anses vara en betydelsefull behandlingsform. Patientens förmåga till skapande lockas fram, hans inre får möjligheter att utvecklas och bli friare, mer flexibelt, genom användandet av färger.

– Livet är en konst. Ju mer konstnärlig du är desto bättre klarar du av livet. Och skapande kan vara mycket, många olika saker, att laga mat är en, inflikar Ursula Flatters.

– Huvudtemat med den behandling vi ger är att patienten får en möjlighet att komma fram till ett begripande av att han själv kan göra något.

Vidarkliniken bedriver den alternativa medicinen jämsides med traditionell medicinsk behandling. Bemanningen är ungefär lika som på andra sjukhus, med läkare, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, traditionellt utbildade och med antroposofernas syn på människan.

– Kanske har vi något fler sjuksköterskor jämfört med ett allmänt sjukhus. Eftersom vården har en annan utformning här och kräver mer av personligt engagemang hos personalen. Vi har exempelvis en mycket låg förbrukning av sömnmedel, istället får patienten en lugnande insmörjning av sjuksköterskan. Läkeeurytmister och målningsterapeuter har en mångårig utbildning.

Åkerfräkenbad

Antalet diabetespatienter på Vidarkliniken har ännu inte varit särskilt stort. Fem–sex personer, både typ 1 och typ 2 diabetiker, i ålder från skolbarn och upp till 70 år.

Antroposoferna skiljer inte principiellt på behandlingen av de båda diabetestyperna. Kosten är alltid viktig. Utvärtesbehandling med rosmarinbad för den lite trötta och åkerfräkenbad för den som har dåliga njurar kan gälla för båda. Men skillnader finns.

Vidarkliniken lägger stor vikt vid det personliga bemötandet. Kontakten mellan patienter och vårdpersonal är "närmare" än vad man vanligen ser i vården. Patienten skrivs in av en läkare och behåller henne eller honom vårdperioden igenom. I matsalen äter de patienter som orkar ta sig dit tillsammans med

Vänd!



Vidarkliniken är ett annorlunda sjukhus, utvändigt och inuti. Det byggs ut i etapper efter resurser och varefter nya former för verksamheten växer fram. Färdigt ska här finnas 74 vårdplatser. Den inbyggda gården ska bli kryddträdgård.



Patientrummen är inredda i rosa, ibland i blått, och helt i naturmaterial. Patienten kan alltid ligga och se ut genom fönstret på naturen.

personalen. Sjukdomar är bannlysta samtalsämnen vid matbordet.

Vårdtiden varierar med patientens hälsotillstånd. Tre veckor är ett minimum, anser Ursula Flatters, men har man bensår, njurskada eller liknande fordras längre tid.

Patienterna kan komma på läkarremiss eller söka vård privat. Till dags dato är det 16 landsting som har gått med på att betala för sina respektive patienter, om det föreligger en remiss från läkare. Patient utan läkarremiss får stå för en stor del av vårdkostnaden själv. Avgiften är då 600 kronor per dygn de första 14 dagarna och därefter 400 kronor per dygn.

Vilket innebär att avgifterna är starkt subventionerade för privatbetalande. Verksamheten drivs utan offentliga medel, men via fondpengar försöker man hålla kostnaderna nere för den som av någon anledning inte lyckats få en remiss.

Kontroversiell behandling

Alternativ sjukvårdande behandling är naturligtvis kontroversiell. Läkare inom den offentliga vården är skeptiska till det som inte stämmer med den vanliga skolmedicinen. Men de kritiska rösterna är inte längre lika tydliga. Studiebesöken från den allmänna vården är

många. Även socialministern har förklarat sig imponerad av Vidarklinikens sätt att ta hand om sina patienter.

Ursula Flatters har inte hört något negativt från diabetesläkarna.

– Vi går ju inte emot dem på något sätt. Vi är ett komplement till den övriga sjukvården. Diabetes är ett bra område där vi bör kunna komma överens.

Den som önskar få en läkarremiss till Vidarkliniken kan förstås stöta på patrull.

– Men man kan alltid försöka, uppmanar Ursula Flatters.

Resultaten

En väsentlig fråga är så klart om Vidarkliniken kan påvisa några resultat av sin speciella behandling. Vem skulle inte känna sig bättre och mer harmonisk efter en så individuell omvårdnad och omtanke? Men hur går det när man väl är hemma igen i sin "hårda" värld?

– Känner man att man behöver det kan man alltid komma tillbaka, svarar Ursula Flatters.

Några statistiska behandlingsresultat kan inte uppvisas. Inte än i alla fall. Läkarna på Vidarkliniken menar dock att patienterna har blivit bättre och hade de varit tillräckligt många att göra statistik av så hade det också funnits sådan. Verksamheten är ännu ny. Men även enstaka uppmuntrande resultat ger en riktning att följa och utveckla och blir så småningom till mer generella resultat. Den av socialstyrelsen tillsatta alternativmedicinkommittén planerar en pilotstudie av Vidarklinikens behandlingsresultat under våren 1988. ■

Diabeteslotteriet 1987/88

Lotterna kostar bara 3 kronor. Du kan vinna en Fiat Panda, video, färg-TV, Elna symaskiner, cyklar, solarier m. m. Sammanlagt cirka 4.000 vinster.

Lotterna köper du genom att skicka in talongen. (Du kan skriva av eller kopiera talongen).

För var 10:e lott Du köper får Du en gratis. Dragningslista medföljer. Lotterna skickas mot postförskott. Betalar Du i förskott till lotteriets postgiro 19 75 19-2 får Du lotterna portofritt direkt hem i brevlådan.

Vi behöver också lottförsäljare. Du som vill göra en insats för Diabetesförbundet, beställ lotter via talongen nedan så kontaktar vi Dig.



Jag beställer

Engångsbeställning (Texta tydligt!)

5 st 10 st 20 st lotterst lotter

Månadsbeställning

5 st 10 st 20 st lotterst lotter

Namn

Adress

Postnr Adr

Tel Jag vill sälja lotter, kontakta mig.

Frankeras ej.
Diabetes-
lotteriet
betalar
portot.

Diabeteslotteriet

Svarspost

Kundnummer 26765 00 8
371 20 KARLSKRONA

Minska elden – stärk yin!

Av Ann-Sofi Lindberg

– Sjukdom är alltid ett resultat av energiobalans i kroppen. Akupunktur är ett sätt att försöka återställa den balansen. Det säger Bengt Nordström, utbildad akupunktör och med praktik i Mora.

– Numera vet man inom den traditionella kinesiska medicinen att diabetes är en följd av insulinbrist, förklarar han. Men för att kunna verka enligt de kinesiska principerna måste man lära sig ett, jämfört med västerländska idéer, annorlunda tänkande, som går ut på att söka bota patienten.

Enligt den så kallade kvacksalverilagen från 1960 får inte diabetes behandlas av annan än läkare. Bengt Nordström tror ändå att det är möjligt att behandla diabetes med akupunktur.

– I så fall kan jag inte bara koppla symptomen till bukspottkörteln. Det handlar i stället om hetta, som konsumerar yin i olika inre organ.

Yin är i kinesisk filosofi en kompletterande kraft till yang, vilka tillsammans bildar harmoni. Alla företeelser kan polariseras i yin eller yang, typ natt och dag, värme eller kyla.

I Kina arbetar numera den västerländska skolmedicinen och den urgamla klassiska läkekonsten sida vid sida. Mycket i den traditionella kinesiska uppfattningen kan dock för en västerlänning tyckas obegripligt.

För mycket sex

Man ser till exempel orsakerna till diabetes i individens sätt att leva. Antingen rör det sig om oregelbundna matvanor med för mycket sötsaker, fett eller alkohol eller också om känslöshetsproblem alternativt för mycket sex.

Då uppstår olika symptom: törst, hunger eller stora urinmängder.

– När man behandlar diabetes med akupunktur måste man först ta reda på vilket symptom som är mest framträdande, förklarar Bengt Nordström.

– De tre symptomen är kopplade till kroppens olika värmare. Törst hör till den övre värmaren och engagerar till



I en 2.600 år gammal kejserlig skrift, Nei King, beskrivs diabetes som söt-urinsjukdomen. Det är en "konsumerande" sjukdom, det vill säga det är hetta som konsumerar och medför symptomen. Akupunktur var dock förbjudet i Kina ända fram till 1949. Ill: Anders Mathlein

exempel hjärta-lungor, hunger till den mellersta med magen och mjälten och stora urinmängder tillhör den nedre med njure och urinblåsa.

Även örtmedicin kan användas mot diabetes och i Kina är den behandlingsformen större än akupunktur. Det finns både sjukhus som tillämpar traditionell kinesisk medicin och sådana som bedriver vård enligt västerländsk modell. Patienterna kan välja vilken behandling de vill ha.

Typ 1 sällsynt

Diabetes typ 1 är mycket sällsynt i Kina, medan typ 2 är något vanligare med en förekomst på 0,609 procent. Det är svårt att avgöra vilka resultat den traditionella kinesiska behandlingen ger vid diabetes, men enligt Bengt Nordström går det att komma tillrätta med, eller lindra, men det kan vara svårt. Om man haft diabetes i släkten eller under lång tid är det svårast.

– En kollega till mig besökte ett sjukhus i Peking, berättar han. Där låg en kvinna i trettioårsåldern med diabetes, som hon hade haft länge.

– Akupunkturbehandling hade inte gett något resultat. Nu försökte man i stället med akupressur – doktorn tryckte på el-

ler masserade vissa akupunkturpunkter utifrån diagnos. Det rörde sig om hetta i mellersta värmaren, fortsätter han.

– Hon fick behandling varje dag och var insulinfri just då. Tyvärr fanns inga uppgifter om behandlingstid eller prognos.

Spanskt test

Att man med akupunktur kan påverka endokrina funktioner (hormonavsöndring i blodet av inre organ) hos friska personer visar ett test utfört av dr Escribano från Spanien, leg läkare och utbildad akupunktör. Bengt Nordström berättar:

– Han hade två grupper à tio personer med friska individer. Kontrollgruppen behandlades med placebopunkter, alltså på "fel" ställen. Resultat: ingen ändring av blodsocker eller insulinhalt.

– Testgruppen behandlades på sju, de flesta mjältrelaterade punkter. Resultatet blev att insulinhalten höjdes och blodsockret sjönk. Personerna blev illamående, fick kallsvett, darrningar och yrsel. Efter behandlingen återgick värdena till det normala.

Under 1988 väntas alternativmedicinkommittén lägga fram ett betänkande som kan medföra ändringar i den 27 år gamla "kvacksalverilagen". ■

MAT I JULVECKAN

Nu är det jul – igen. I de flesta hem följer mattraditionerna med från barndomen, inklusive tårtrecepten. Men här frestar vi med en variation – en mjuk sockerkaksbotten med fyllning av hallon och garnerad i julfärger. Den kan ätas till varma och kalla förfriskningar på mellandagskalaset eller som efterrätt

till grönkålssoppan. I brådskan med sena kvällar före helgen, tag en paus med ett glas öl eller en kopp te och en god kryddig "Julröra". Bra som aptitretare också till familjemiddagen.

Matredaktör: Ulla Ingeson



JUL- OCH NYÅRSMAT

Julröra

☆☆☆

Röd-grön julsallad

☆☆☆

Fylld helgkyckling

☆☆☆

Apelsin-yoghurtfromage

☆☆☆

Frukt- och bärtårta

☆☆☆

Foto: Göran Björling

Röra i jul

Så har det gått ett år till. Dags att planera maten för flera helgdagar i sträck. Den här gången frestar jag er med en helgtårta i julens speciella färger. Inspirationen kommer från Skotsk tårta som är rutad och garnerad med frukter. Själva kakan är sötad med Suketter Strö. Sötmedlet **kan** ersättas med 1 dl helt vanligt socker men då ryms det i en portion knappt ens de bär och den frukt som syns ovanpå. Man får vackert avstå från hallonen i fyllning och det är synd för de gör kakan godare och saftigare.

Till en av helgdagarna kan det vara trevligt att servera kyckling som ombyte till

den vanliga julmaten. Vi har tänkt praktiskt så att äggulor används till förrätten och vitorna till efterrätten.

Sista veckan före jul blir det alltid bråttom och tyvärr sena kvällar. Då smakar det gott med en sen smörgås. "Julröran" åstadkommer man lätt som piffigt pålägg. Den passar också bra som en liten aptitretare före kycklingen.

Glöm inte julens sallader!

Själv uppskattar jag rödkål som finns just den här tiden. Gott som omväxling till den vita och vackert på julbordet.

Sköna helgdagar med stärkande promenader hoppas jag att ni alla får njuta av.



Ulla Ingeson är dietist på KF:s provkök och har många års erfarenhet av kostrådgivning till diabetiker.

Julröra

4 portioner

- 1 litet huvud isbergssallat
- 1 liten rödlök, ca 50 g
- 2 hårdkokta ägg
- 6-8 ansjovisfiléer
- 1 bit slanggurka, ca 10 cm
- 1 liten knippa dill
- 1/2 dl yoghurt naturell

- 2 msk majonnäs (gärna lättmajonnäs)
- 1/2-1 kryddmått vitpeppar

Strimla sallaten. Skala och skiva rödlöken. Tag undan 3-4 lökringar till garnering. Hacka det ena ägget, ansjovis, gurka och resten av löken. Hacka dillen men tag

först undan några fina dillvippor till garnering. Rör samman yoghurt och majonnäs. Smaksätt med lite peppar.

Blanda ner allt hacket i såsen. Dela det andra ägget i klyftor. Lägg hacket på en bädd av isbergssallat, garnera med lökringar, dill och äggklyftor.

Röd-grön julsallad

4-6 portioner

- 4 dl finstrimlad rödkål
- 1 rödlök
- 3-4 grönkålsblad
- 6-8 färska brysselkålshuvuden
- 1 äpple

Vänd!



MATEN... forts

Salladssås

1 msk vinäger
2 kryddmått salt
1 kryddmått svartpeppar
2 msk olja
2 msk vatten

Finstrimla rödkålen och löken. Skölj och finstrimla grönkål och brysselkål. Råriv äpplet. Blanda allt i en skål. Rör ihop salladssåsen och häll den över salladen.

Fylld helgkyckling

5-6 portioner

1 stor fryst kyckling, ca 1200 g
Kycklinglever+hjärta
1 stor gul lök, ca 100 g
1-2 msk margarin
Ca 2½ dl smulat vitt bröd,
2 brödskivor
1 dl mjölk
2 äggulor
1 tsk torkad salvia (el. 2 tsk färsk)
2 kryddmått salt
1 kryddmått peppar

Till pensling:

1 msk olja
1-2 tsk soja

Tina den frysta kycklingen. Tag vara på lever och hjärta. Torka kycklingen in- och utvändigt. Sätt ugnen på 175°.

Skala och finhacka löken, finhacka lever och hjärta. Fräs löken i margarin utan att den tar färg, lägg i levern och låt den steka med ett par minuter. Blanda bröd, mjölk och äggulor med det stekta. Krydda med salvia, salt och peppar.

Fyll kycklingen med blandningen. Fäst ihop öppningen med en liten kötnål eller sy ett par stygn med bomullsnöre.

Lägg fågeln med bröstet uppåt i en ugnssäker form. Pensla med olja och soja. Stek i mitten av ugnen ca 1¼ timme. Servera kycklingen med kokt pressad potatis, brysselkål och grönsallad.

Frukt- och bärtårta

10 portioner

Tårtbotten

2 ägg
2 dl Suketter Strö
1½ dl mjölk
50 g smält margarin
2½ dl vetemjöl, 150 g
2 tsk bakpulver

Sätt ugnen på 175°.

Smörj och bröa en form, ca 20x30 cm. Vispa ägg och suketter. Blanda smält margarin med mjölk och häll det över äggblandningen. Tillsätt vetemjöllet, blandat med bakpulvret. Rör till en jämn smet. Häll smeten i formen. Grädda i nedre delen av ugnen i 30 minuter. Låt tårtbotten svalna något innan den stjälpes upp. Dela den därefter i två tunna bottenar.

Fyllning och garnering

3 kiwifrukt
2 paket djupfrysta hallon,
ca 450 g
3 kiwi
2 dl vispgrädde

Skala och skiva kiwifrukterna. Tag undan för garnering 20-30 vackra hallon, beroende på storleken. Mosa resten och bred ut bärmoset över den ena tårtbotten. Lägg den andra ovanpå.

Vispa grädden ganska hård eftersom den ska kunna spritsas. Bred grädde över hela tårten och på kanterna. Fyll resten i en plastpåse, klipp av det yttersta på ett hörn av påsen (=som ett knappnålshuvud) och spritsa runt kanten och i markerade rutor. Se på fotot! Det ska bli 10 lika stora tårtbitar.

Garnera med bär och frukt.

Bra att veta:

1 tårtbit innehåller motsvarande 1 vit brödskiva med matfett och 1/2 fruktportion.

Apelsin-yoghurtfromage

5 portioner

1 msk gelatinpulver
(eller 6 gelatinblad)
6 apelsiner
2 dl naturell yoghurt
3 msk sötmedel, tex aspartam
2 äggvitor
(1/2 dl rostade mandelspån)

Blanda 1 msk gelatinpulver med 3 msk vatten (eller blötlägg gelatinbladen i godtycklig mängd vatten). Låt gelatinet svälla ca 5 minuter. Tvätta och borsta under tiden apelsinerna i ljummet vatten. Riv det yttersta av skalet på 1-2 frukter=2 tsk. Pressa saften ur dessa och ytterligare 2 frukter så att det blir 2½ dl juice. Göm de två sista apelsinerna.

Blanda det svällda gelatinpulvret (eller de urkramade gelatinbladen) med lite av apelsinjuicen i en kastrull. Låt gelatinet smälta på svag värme. Blanda den ljumma vätskan med det rivna skalet, resten av juicen och yoghurt i en skål, söta och låt stå i kylskåp tills blandningen börjar bli trögflytande. Vispa äggvitorna till hårt skum, vänd ner dem i fruktyoghurtblandningen.

Häll upp fromagen i en vattensköld glasskål. Låt den stå i kylskåp ca 1½ timme.

Skala och skiva de två sparade apelsinerna tunt. Lägg dem ovanpå eller servera dem vid sidan om. (Strö ev mandelspån över fromagen).

Bra att veta:

Varje portion innehåller motsvarande en vanlig fruktportion=10 g "socker".



Marknadsledaren
med det bruna locket.
Finns där du handlar.

Det smakar godare

Med Canderel Strö. Ingen bitter eftersmak som med andra lågkalori-strösötmedel eller en massa kalorier som i sorbitol och socker.

Använd Canderel Strö i desserten, till frukter och bär, på filmjölken mm.

Canderel Strö är det enda lågkalori-strösötmedlet som smakar så gott som socker.

Canderel finns även som tabletter för varma drycker, i 100 och 300-förpackning.

CANDEREL® STRÖ

med Nutra Sweet®*

Sockerfritt strösötmedel.

Rekvirera gärna vår receptbroschyr. Vi sänder den utan kostnad. G.D. Searle AB, Södra Förstadsgatan 43, 211 34 Malmö. Telefon 040/10 14 10.

* NutraSweet är ett registrerat varumärke för G.D. Searle & Co.

Min Glucometer II[®] är lika självklar för mig på jobbet som telefonen



För mig är det lika viktigt att få ett snabbt och säkert blodglukosvärde som att min telefon fungerar. Min nya Glucometer^{II} ger mig bara fördelar.

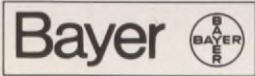
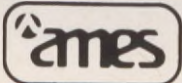
- Snabba och säkra svar på bara 50 sekunder
- Bekväm hantering, det är lätt att applicera bloddroppen
- En liten, diskret men robust apparat som tål att hänga med även ute i skog och mark.
- Enkel kalibrering utan krångel med kalibreringsremсор
- 2 års garanti

Dessutom berättade min diabetessköterska att Glucometer^{II} – metoden sparar skattepengar – den är nästan 40 öre billigare per teststicka.



Glucometer^{II} + Glucostix + MiniLancet =
Snabb, säker och ekonomisk blodglukosmätning

Vill du veta mer, kontakta:
Bayer Sverige AB,
Ames Diagnostica
Box 5237, 402 24 Göteborg
Tel: 031-83 98 00



Ja tack, sänd mig . . . st Glucometer^{II} mot postförskott 750:– inkl. moms frakt och postförskottsavgift (gäller året ut).

Namn _____

Adress _____

Postnr _____ Postadress _____

INSULINUPPTAGET KRITISK FAKTOR

— Av Birgitta Linde —

Variation i uppsugningshastighet av insprutat insulin är den enskilda faktor som vi tror har störst betydelse för de dagliga svängningarna i blodsockernivåerna hos insulinberoende diabetiker. Intensiv forskning om vad som reglerar uppsugningen (absorptionen) pågår sedan några år tillbaka vid Huddinge sjukhus.

När produktionen av insulin från bukspottsörteln är bristfällig måste insulin tillföras kroppen utifrån. Detta är fallet hos patienter med typ I diabetes, som får sitt insulin genom insprutning under huden, s. k. subkutan injektion. Avsikten med denna tillförsel är att i möjligaste mån efterlikna kroppens egen insulinproduktion med höga halter av insulin i blodet i anslutning till måltid och låga nivåer däremellan.

Ett betydande problem med injektionsbehandlingen är emellertid att **insulinstegringen vid måltid ofta är för liten** och att **insulinnivåerna mellan måltider vanligen är högre** än hos en frisk individ. Den numera allt vanligare s. k. fyrdosbehandlingen vid diabetes har inneburit ett stort framsteg när det gäller att efterlikna den normala insulinprofilen i blodet.

Det andra väsentliga problemet vad beträffar insulinbehandlingen är de stora **skillnader i insulinnivåer** som trots oförändrad insulindos ofta föreligger **från den ena dagen till den andra** och som försämrar blodsockerkontrollen. Detta problem kvarstår trots intensifierad injektionsbehandling.

Vad beror då variationerna i insulinkoncentrationen på? Vad händer egentligen med insulinet efter injektionen? Fig 1 ger en schematisk illustration till detta.

Förråd under huden

Vid injektion av insulinet bildas ett förråd av insulin under huden, en s. k. depå. Från denna depå sker uppsugningen, eller som det också heter absorptionen, till blodet. Hos vissa individer förstörs insulinet delvis redan på injek-

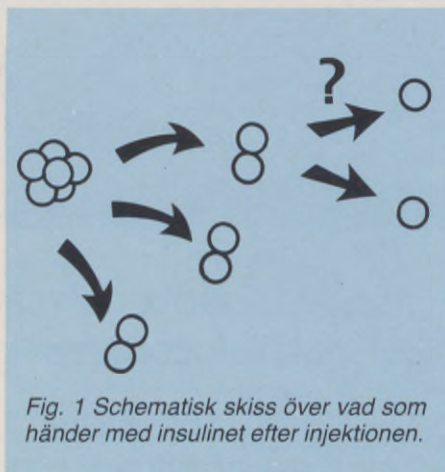


Fig. 1 Schematisk skiss över vad som händer med insulinet efter injektionen.

tionsplatsen, vilket kan bidra till variationer i insulinnivåerna. Man tror emellertid att sådan lokal nedbrytning saknar betydelse hos flertalet patienter.

I blodbanan fångas en del av insulinet upp av s. k. insulinantikroppar, ett slags försvarssystem mot insulin, som finns i större eller mindre omfattning hos de flesta insulinbehandlade diabetespatienter. Utvecklingen av antikroppar mot insulin är en långsam process som kan medföra ändrade insulinnivåer inom loppet av månader till år, men torde knappast ha betydelse för svängningar i koncentrationen från den ena dagen till den andra.

Via blodet fördelas insulinet till kroppens olika vävnader där det binds till mottagarstrukturer, insulinreceptorer, på cellernas yta. Med hjälp av dessa strukturer tar sig insulinet in i cellerna, där det utgör en signalsubstans i olika ämnesomsättningsprocesser, varefter det bryts ner inne i cellerna, huvudsakligen i lever och njure.

Den enskilda process som har störst be-

tydelse för dag-till-dag svängningar i blodsockerkontrollen är emellertid inte heller nedbrytningen av insulinet. Det är sannolikt **variationer i absorptionen** som är viktigast i detta sammanhang. Man har funnit att absorptionshastigheten kan variera med så mycket som 50 % från den ena dagen till den andra hos en och samma person, och att sådana svängningar försämrar blodsockerkontrollen.

Vad är det då som styr upptaget av insulin från injektionsstället? De senaste årens forskning har visat att både **insulinpreparatets egenskaper** och **faktorer på injektionsplatsen** är väsentliga för absorptionen.

Insulinets egenskaper

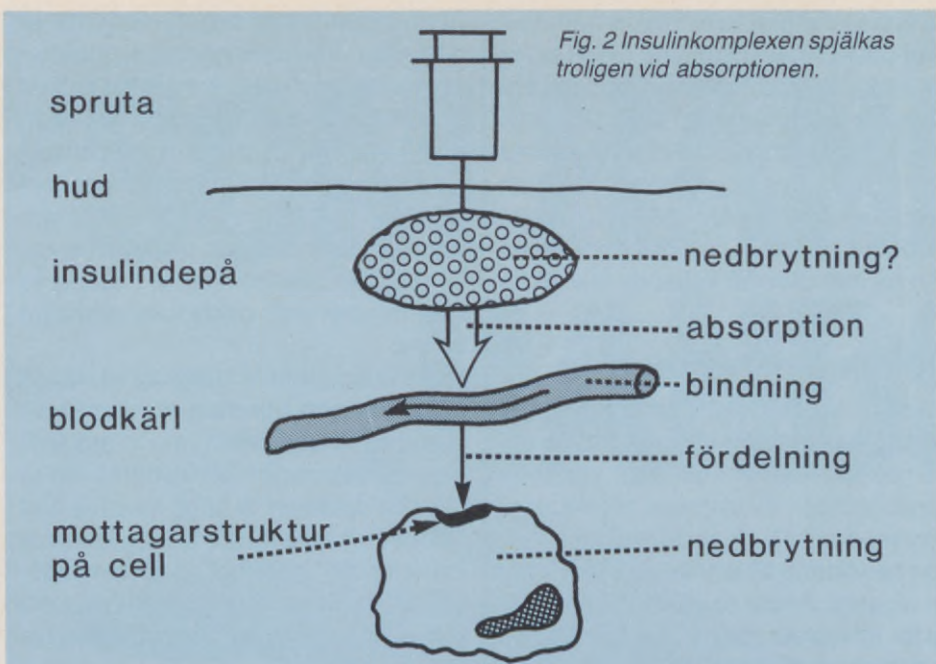
Insulinets uppsugningsegenskaper varierar beroende på om hormonet finns i lösning eller utfällt som kristaller. Upplöst insulin har den högsta uppsugningshastigheten och kallas vanligen snabbinsulin.

Även beträffande snabbinsulin kan emellertid absorptionshastigheten variera beroende på från vilket djurslag insulinet kommer. Insulin från olika djurarter har något varierande kemisk uppbyggnad. Detta medför bla varierande elektrisk laddning hos insulinmolekylerna, en faktor som påverkar absorptionen. Numera används huvudsakligen insulin av den typ som finns hos människan, s. k. humaninsulin. Detta absorberas snabbare än det tidigare vanliga svininsulinet.

I medellång- och långverkande insulinpreparat fördröjs absorptionen genom att insulinen föreligger som kristaller av olika storlek. Lösligheten hos dessa kristaller, som är en viktig begränsande faktor för absorptionen, varierar mellan de olika preparaten beroende på vilka tillsatser av tex metalljoner och äggviteämnen som gjorts och även på lösningens pH.

Bildning av komplex

I sådana koncentrerade lösningar av snabbinsulin som vi använder för injektion har insulinmolekylerna stor tendens att sammankopplas med varandra till komplex av olika storlek. Sammanhållningen mellan molekylerna i komplexen är svag och en sönderdelning kan lätt uppkomma, tex vid utspädning av lösningen. Man tror att insulinkomplexen spjälkas i mindre enheter i an-



slutning till uppsugningen (Fig 2).

Hur viktig denna process är och vad som styr sönderdelningen inne i människokroppen vet vi dock inte idag. Eftersom molekylstorleken spelar stor roll för absorptions hastigheten är det emellertid lätt att inse att en spjälkning av insulinkomplexen i hög grad kan påverka absorptionen. Det är tänkbart att denna process bidrar till svängningar i absorptionen och därmed till sämre blodsockerkontroll.

Insulintyper med liten benägenhet att bilda komplex, sk monomera insuliner, är under utveckling inom industrin. Det är möjligt att sådana insulintyper kommer att kunna bidra till att minska variationerna i insulinupptaget.

Antal blodkärl begränsar

Uppsugningen av insulinet påverkas förutom av insulinets egenskaper också av **antalet blodkärl på injektionsplatsen**. För att insulinet skall kunna ta sig in i blodbanan från depån, krävs att det kommer i kontakt med öppningar, så kallade porer, i väggarna på de allra minsta blodkärlen, kapillärerna. Antalet och storleken på de porer som insulinet träffar på kommer att vara utslagsgivande för hur snabbt insulinet suges upp.

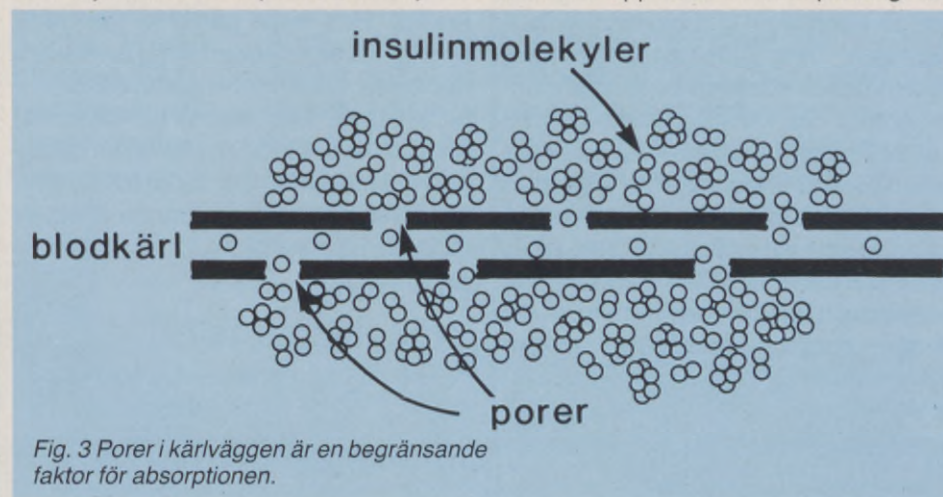
Koncentrationen av insulin i depån är så hög och "dörrarna" så få och små i förhållande till insulinmolekylernas storlek, att det bildligt talat uppstår "trängsel vid entrén" till blodbanan (Fig 3).

Eftersom antalet och storleken på "dörrarna" i de enskilda blodkärlen troligen inte förändras, är den begränsande faktorn för insulinupptaget hur många öppna kapillärer insulinmolekylerna kommer i kontakt med. Ju fler blodkärl som finns, desto kortare blir också den

sträcka som insulinmolekylerna måste transporteras för att nå blodkärlen.

Detta innebär att insulin suges upp snabbare från ett område som är rikt på blodkärl och långsammare från områden där det är glest med kapillärer. Hur snabbt blodet rinner i de enskilda blodkärlen spelar däremot mindre roll i sammanhanget, utom möjligen vid mycket lågt blodflöde.

Variierande kapillärtäthet torde vara den väsentligaste anledningen till de regionala skillnader som finns i insulinupptaget, att insulin suges upp snabbare efter injektion i exempelvis buken jäm-



fört med i låret. Detta är troligen också förklaringen till att insulinet absorberas snabbare hos yngre jämfört med äldre personer och att absorptionen går långsammare hos överviktiga individer samt om injektionen träffar områden som använts flitigt för insprutning.

Var hamnar insulinet?

Absorptionen varierar mellan olika regioner men troligen också inom en och samma region beroende på tex

injektionsdjup. I detta sammanhang är det viktigt att veta var insulininjektionen hamnar. Färska rön visar att många diabetespatienter troligen injicerar insulinet i muskulaturen istället för, som avsett är, i underhuds fettväven. Man har nämligen funnit att djupet på underhuds fettlagret på många ställen är så litet att med den injektionsteknik som tidigare allmänt rekommenderats där en 13 mm lång nål riktas vinkelrätt mot huden, hamnar insulinet i den underliggande muskulaturen under fettlagret.

Detta gäller inte bara magra individer utan även normalviktiga personer och både män och kvinnor. En smärtfri injektion utgör härvidlag ingen garanti för att man inte hamnat i muskulatur. Man har nyligen visat att absorptions hastigheten av snabbinsulin från muskulatur i låret är högre än från det ovanför liggande underhuds fettlagret. Växelvis injektion i muskel och fettväv i låret torde därför bidra till svängningar i absorptionen och således till försämring av blodsockerkontrollen.

Ett enkelt sätt att undvika injektion i muskulaturen är att injicera i ett uppdrag hudveck och att samtidigt vinkla nålen något.

Värme, kyla, kroppsläge

Det antal av de befintliga kapillärerna inom insulindepån som i ett visst ögonblick står öppna och tillåter passage av

insulin kan variera beroende på faktorer i den yttre miljön, men även beroende på förändringar inne i kroppen. När omgivningens temperatur eller kroppstemperaturen stiger, ökar upptaget, medan kyla åstadkommer en minskad absorption.

Bakgrunden till dessa variationer torde vara att värme ökar antalet öppna blodkärl, medan kyla åstadkommer motsatt effekt. Det är också känt att insulinab-

Vänd

... forts

sorptionen är lägre i sittande ställning jämfört med i liggande, vilket torde sammanhålla med den slutning av kapillärer som erhålls i denna ställning.

Massage effektiv metod

Det är känt sedan länge att man kan **öka uppsugningen** av insprutade läkemedel **genom att massera över insprutningstället**. Det gäller även injicerat insulin. I själva verket är massage över insulindepån det mest effektiva sätt vi känner till för närvarande som påskyndar uppsugningen av insulin. Denna metod kan med fördel användas om man snabbt behöver öka insulinhalten i blodet.

Massage torde däremot knappast vara att rekommendera som en återkommande åtgärd, med hänsyn till att effekten tycks variera betydligt från det ena tillfället till det andra.

Ökning av absorptionen i anslutning till massage sammanhänger inte med ökning av antalet öppetstående blodkärl. Bakgrunden är inte helt klarlagd. Möjligen kan utbredning av insulindepån bidra, men kanske också en snabbare sönderdelning av insulinkomplexen. Man vet att en större spridning av insulinet, vilket erhålls vid bl a jetinjektion, ger högre absorption.

Kroppsansträngning

Det är välkänt att kroppsansträngning kan ge upphov till lågt blodsocker hos diabetiker. Detta sammanhänger med att den ökade sockerförbrukningen under arbete inte kan tillgodoses på normalt sätt genom ökad sockerproduktion i levern. Anledningen härtill är att diabetiker, i motsats till friska, inte sänker insulinnivåerna vid ett fysiskt arbete. Man finner tvärtom inte sällan stegrade halter av insulin i blodet under arbete, vilket dämpar sockerproduktionen i levern. Bakgrunden till de ökade insulinnivåerna vid arbete synes huvudsakligen vara

att uppsugningen av det injicerade insulinet påskyndas i samband med tex ett cykelarbete. Framförallt gäller detta om insulinet har sprutats in i låret. Den högre absorptionen vid arbete verkar inte att bero på ökad cirkulation. Möjligen sammanhänger det ökade upptaget med muskulaturens masserande inverkan på den ovanför liggande insulindepån.

Rökning och stress

Nikotin är ett kärksammandragande ämne som minskar cirkulationen i underhudsfettväven. Man har visat att uppsugningen av insprutat insulin minskar med cirka 50 % under loppet av någon halvtimme till timme vid rökning av en cigarett. Andra studier talar emellertid för att inbitna rökare som har en hög och jämn nikotinkoncentration inte skulle förändra sin absorption vid rökning.

Vid stress av olika slag ökar halterna av stresshormoner i blodet. Sådana nivåer av adrenalin som föreligger vid kraftig fysisk stress minskar upptaget av insulin med närmare hälften hos diabetepatienter. Bakgrunden till den minskade absorptionen vid adrenalinsteigerung är hittills inte klarlagd. Den tycks inte bero på minskad cirkulation.

Psykologisk stress har däremot inte visat sig ha några säkra effekter på insulinabsorptionen.

Vid lågt blodsocker, hypoglykemi, stiger stresshormonhalterna i blodet mycket kraftigt. Hos friska personer ger detta upphov till en uppbromsning av insulinupptaget, vilket motverkar blodsockersänkningen. Hos diabetiker, däremot, som i olika avseenden har en bristfällig motreglering mot lågt blodsocker, saknas även den uppbromsande effekten på insulinabsorptionen.

Hur minska svängningarna?

Vad kan man då göra för att minska svängningarna i insulinupptaget? **Re-**

gelbunden livsföring är viktig för en diabetiker, inte bara genom att medföra ett likartat insulinbehov från den ena dagen till den andra, utan också genom att stabilisera insulintillförseln till blodet, dvs absorptionen. Om de faktorer i den yttre och inre miljön som påverkar upptaget görs så lika som möjligt från dag till dag, blir svängningarna i absorptionen mindre och blodsockerkontrollen bättre.

Regelbundenhet är viktig också när det gäller **var och hur man sprutar in sitt insulin**. Snabbinsulin, som används som måltidsinsulin, bör injiceras i en region då upptaget är högt, således företrädesvis i buken. Medellångverkande kvällsinsulin däremot ges lämpligen subkutan i låret. Byte av region bör inte ske okontrollerat utan vara en medveten åtgärd.

Den enskilde diabetespatienten måste lära känna sin kropp så att han vet var han får ett högt respektive ett lågt insulinupptag. På så sätt kan han bättre bemästra de förändringar i blodsocker som förväntas vid födointag och mellan måltider.

Rätt injektionsteknik är också viktig, inte minst för att undvika att depån placeras i muskulaturen. Subkutan tillförsel kommer sannolikt att vara den gängse behandlingsmetoden för flertalet insulinberoende diabetespatienter inom överskådlig framtid. Med hänsyn till detta och till absorptionsprocessens centrala roll i regleringen av blodsockernivåerna samt att vår kunskap om regleringen av absorptionen fortfarande är ofullständig, är mera forskning viktig för att vi skall kunna förbättra patienternas behandling. ■

Birgitta Linde är docent och forskare vid kliniskt fysiologiska avdelningen på Huddinge sjukhus.

Diabetespanel i Stockholm

– Har du någon du kan prata med om vad som helst?

– Finns det fibrer i mannagrynsgröt? Snusar du?

Det här är frågor ur en enkät som Landstingets undervisningscentrum för diabetes (LUCD) sänder ut till diabetiker i Stockholms län.

Många äldre patienter med diabetes känner sig socialt handikappade av sin sjukdom. Beror det på bristande undervisning eller att budskapet varit för strängt? Är det någon skillnad att gå privat eller inom offentlig vård?

Genom att skicka ut ett brev till 60.000 slumpvis utvalda stockholmare hoppas LUCD att få kontakt med åtminstone 1.000 av de 30.000 diabetiker som finns i Stockholms län. Hittills har ca 800 personer visat sig intresserade av att ingå i

den "panel" som så småningom kan hjälpa landstinget att förbättra vården för diabetikerna.

– Vi borde veta allt om diabetespatienterna, säger Urban Rosenqvist, läkare och chef för LUCD. Men det gör vi inte. Nu har vi en chans att rätta till underförsörjda områden i HS 90 (Hälsö och sjukvård inför 90-talet). Projektet genomförs med ekonomiskt stöd från Stor-Stockholms diabetesförening, Svenska Diabetesförbundet och landstinget.

SOM HANDEN I HANDSKEN



Som Du kanske vet är **BM-Test Glycemie 1-44** ("Hjälpredan") världens mest använda testremsa för test av blodsocker.

Du, som idag står i begrepp att köpa ett instrument för att få en enkel, säker och noggrann bestämning av Ditt blodsocker, använder säkert redan nu **BM-Test Glycemie 1-44** och avläser den med ögat. Du behärskar alltså tekniken med testremsan, vilket betyder att vårt instrument **Reflolux® II** kommer att passa "som handen i handsken" även för dig.

NU ÄR VI IKAPP!

Alltsedan vi i maj i år hade möjlighet att sänka priset på **Reflolux® II** till kr 750:— (inkl moms) har vi upplevt en efterfrågan som överträffar alla förväntningar. Men nu har vi genom ökad produktion lyckats minska leveranstiderna, varför vi ganska snabbt hoppas kunna effektuera Din beställning.



V g skicka mig mer info om **BM** och **Reflolux® II**
 Jag beställer st Reflolux® II för kr 750:—
(porto och postförskottsavgift tillkommer)

Namn _____
Adress _____
Postnr/Ort _____

V g texta. Sänd talongen till nedanstående adress. Du kan också ringa in Din beställning.

Boehringer Mannheim Scandinavia AB
Adolfsbergsvägen 11, Box 147, 161 26 Bromma 1,
Tel. 08-98 81 50



Jämtarnas frågeparad

Diabetesdagen

Av Ulla Ernström. Teckning: Anders Mathlein

Länsföreningens mest inbitne jägare kunde inte låta älgarna stå i vägen för Diabetesdagen i Östersund. För hur skulle han kunna avvara en dag som handlar om hur diabetesvården kan förbättras. Med inbjudna landstingsråd från när och medicinfolk både från när och fjärran på plats för att belysa frågan.

Oktoberolen gör försök att bryta fram. Diabetiker och anhöriga samlas i Östersunds ljusa och fräscha Folkets Hus. Är idel öra inför att få veta hur diabetesvårdens kvalitet framskrider, var diabetesforskningen står m. m.

De lokala makthavarna ska pressas på diabetesvårdens framtid. Av diabetikerna själva och av en professionell journalist, engagerad av diabetesföreningen för att inte landstingsråden Olof Karlsson (c) och Kjell Carlsson (s) ska kunna slingra sig så lätt.

SALEN BLIR FULL, sextio personer är en bra siffra för ett föreningsområde som täcker hela Jämtland och därmed är större till ytan än Schweiz. Den i inledningen nämnde jägaren har lämnat älgstudsaren hemma och istället riktat sig mot Diabetesdagen.

Det är svårt att veta vem som är den största begivenheten av dagens gäster. Kanske drar diabetesförbundets ordförande Nils Hallerby några nyfikna. Vad har han att förtälja, om tvåårstemat psykologi och diabetes, och om insulinkostnadsfrågan till exempel? Jo, han rapporterar om den intensiva bevakningen av socialdepartementets ställningstagande och om att landets diabetesföreningar är i full färd med att bearbeta sina respektive riksdagsmän inför riksdagens behandling av "insulinet".

JÄMTLANDS LÄNS diabetesförening ansåg temat psykologi avverkat redan förra året och gav istället 1987 års Diabetesdag en annan inriktning: "Hur diabetesvården kan förbättras".

– Det har varit på gång tidigare att få våra två landstingsråd till ett av våra möten. Nu gick det genom att vi var ute i god tid och framför allt kanske för att vi lät råden själva bestämma datum för framträdandet. De kunde inte gärna backa ur då, säger föreningsordförande Rune Rehnholm.

För att kunna få något grepp om framtidens diabetesvård bör man först se till-

baka på vad som hänt inom behandling och forskning under senare år, menar dagens föredragshållare, docent Jan Östman, Huddinge sjukhus.

Han ger en återblick på utvecklingen mellan 1962 och 1987. Anser att under den tiden har det hänt mycket, och många saker som man inte visste något om eller kunnat förutse.

– Det finns anledning att vänta sig att de kommande 25 åren blir minst lika händelserika, säger Jan Östman.

– Allt detta är framsteg men kan förbättras, med nya kunskaper och teknologi.

TROLIGEN ställdes frågan om hur vården ska kunna förbättras även 1962, när följande hände, visar Jan Östman och hjälper minnet på traven. Han får det årets händelser att förefalla nästan medeltida: Ryska tvillingfarkoster var i rymden, amerikanska astronauter for runt jorden, VM i ishockey gick i Sverige och 10.000-kronorsfrågan i TV.

Under nämnda period har det blivit möjligt med självkontroll av blodsocker, det har kommit nya och bättre injektionspumpar, insulinpennor och insulinpumpar, HbA1c (test på hur blodsockervärdet legat de senaste 8–10 veckorna) och kunskaperna om kostens effekter har ökat, på många håll arbetar man i vårdteam.

– Allt detta är framsteg, men kan ändå förbättras, med nya kunskaper och med teknologi.

Vårdteam, med läkare, diabetessköterska, dietist och fotvårdare bör eftersträvas, för patienternas trygghet. Via ögonbottenkamera, fotokoagulation och glaskroppskirurgi har man idag goda möjligheter att förebygga och åtgärda ögonskador. Man har också verktygen för att kunna hitta njurskador tidigt.

MINSKAD RISK för komplikationer be-

tyder också en bättre livskvalitet. Jan Östman svarar ja på frågan om diabetikers livssituation har förbättrats sedan 1962. Han hänvisar till en minskad sjuklighet och en förbättrad prognos vid njur- och ögonkomplikationer med de behandlingar vi har idag.

Men man kan förstås inte säga att diabetikernas livskvalitet har förbättrats tillräckligt, förklarar Östman. Vilka möjligheter finns då till det?

– Givetvis genom att man finner orsaken till diabetes.

Arvets roll vid uppkomsten av diabetes är delvis klarlagd. Mycket talar för att miljö spelar stor roll. Kunde man karaktärisera vad det är i miljön som inverkar kanske diabetes skulle kunna elimineras.

Det finns modeller för hur man hittar diabetes redan innan sjukdomen bryter ut och man har startat behandlingsförsök med immunologiskt verksamma läkemedel som bromsar skadan i bukspottkörteln. Men ännu återstår mycket att ta reda på.

NÄR FÖREDRAGSHÅLLAREN kom-

Ungefär så här såg det ut på Diabetesdagen i Östersund. Många deltagare från hela Jämtlands län. Dagen avslutades med utfrågning, ledd av Lars Frisk och journalisten Bo Svensson, de är två av de sju som här vänder ryggen till oss och de som fördelade och

mer in på transplantation av bukspottkörtel, som en lösning på förbättring av blodsockerkontrollen eller bot av diabetes, är han försiktig.

– Jag skulle tro att det dröjer 20–30 år innan transplantationer kan bli en mer allmän behandlingsmetod. Men vi kan räkna med det på sikt. Jag gissar att år 2010 har vi kommit tillräckligt långt och löst de immunologiska processerna.

– Kanske får vi så småningom hjälp av nya insulin och kanske av automatisk insulinpump.

– Jag skulle tro att det dröjer 20–30 år innan transplantationer kan bli en mer allmän behandlingsmetod.

I Jämtlands län vårdas omkring 4.000 diabetiker. Av dem har 10 procent diabetes typ 1 (insulinberoende). Det stora flertalet har diabetes typ 2. Antalet insulinanvändare rör sig runt 1.000 personer. Med sina tre procent diabetiker ligger Jämtland något över riksgenomsnitt-

et i förekomsten av diabetes. Diabetes ökar i länet, mest markant i gruppen över 70 år, och då bland kvinnor.

DESSA LOKALA fakta ger docent Olof Wåhlinder, chef för medicinkliniken vid Östersunds lasarett, länets enda sjukhus. I sin egenskap av paneldebattör meddelar han också att när det gäller insulinpumpar är Jämtland ett län med resurser. Den patient som vill ha insulinpump och befinner lämplig för sådan behandling kan få det. Det har landstinget gått med på. Men efterfrågan på pumpar är liten. Olof Wåhlinder antar att orsaken är insulinpennornas införande. De har blivit ett dominerande hjälpmedel.

Wåhlinder får frågan om det är sant att diabetiker avråds från att ta arbete inom diabetesvården, ryktet har gått om att så sker på annat sjukhus. Han försäkrar att något sådant aldrig förekommit på den mottagning där han tjänstgör, han anser ett sådant råd barockt.

KLOCKAN TICKAR fort denna eftermiddag. Kaffe och skinkmackor kan inte hoppas över. Det börjar så smått luta åt tidsbrist när landstingsråden i panelen på podiet får ordet. Föreningen har dock tagit det geniala greppet att engagera journalisten Bo Svensson, för att få lite tempo i utfrågningen.

Att Olle Karlsson och Kjell Carlsson ändå kommer ganska lindrigt undan kan ju bero på att diabetesvården fungerar

ganska bra, att diabetiker från Gäddede och Sveg inte har så mycket att klaga på.

Olle Karlsson deklarerar i sitt anförande att han inte har någon känsla av att diabetesvården i länet har drabbats av den dåliga ekonomin. Fotvård och ögonsjukvård är prioriterade områden, menar han. Medan Kjell Carlsson anknyter till Östmans redovisade nya koströn och påpekar att kanske det är där "vi kan komma att få inrikta oss i fortsättning- en".

– Självklart måste man fråga sig om det är lönsamt att transplantera.

EN ENDA diabetesmottagning i hela Jämtlands län, långa avstånd och dåliga vägar har jämtlänningarna att tampas med. Men är lite oroliga för att om vården decentraliseras finns risken för en vårdförsämring. Det kan vara en fördel med en kraftsamling av kompetens, understryker Kjell Carlsson, men han säger också att det är klart att den del av vården som kan överföras till primärvården också ska förläggas dit. Någon lösning på hur denna samverkan mellan specialistvård och primärvård ska gå till finns ännu inte. Inte något landsting har löst detta och det åvilar alltså framtiden. Någon klar ställning för transplantationer gick det inte att få besked om från landstingspolitikerna.

– Transplantationsteknik kontra livslång medicinering? Det är en såväl etisk som ekonomisk fråga och jag är inte beredd att svara idag, inte förrän problemen är aktuella, säger Kjell Carlsson.

– Självklart måste man fråga sig om det är lönsamt att transplantera, tycker Olle Karlsson.

DE BÅDA makthavarna undgick inte frågor om sina åsikter om förslaget på avgiftsbelagt insulin. Villkoren bör kunna förbli vid vad de är, menade Olle Karlsson. Kjell Carlsson erkände sig dåligt påläst och ville inte svara. Han fick ett erkännande för det ärliga beskedet.

Bo Svensson försökte få fram något löfte om förbättringar av vården. Dessvärre var det tunnsätt med sådana, kunde debattordföranden Lars Frisk konstatera.

– Typiskt politiker, säger Christina Wilhelmsson i föreningen. Men vi har regelbundet informella samtal med våra landstingspolitiker och en relativt bra diabetesvård. Ögonsjukdomarna har varit en stöttesten, men där är en förbättring på väg. ■

stälde frågorna till landstingspolitikerna Olle Karlsson (s), docent Olof Wåhlinder, docent Jan Östman, Huddinge sjukhus och Svenska Diabetesförbundets ordf. Nils Hallerby, Sthlm.

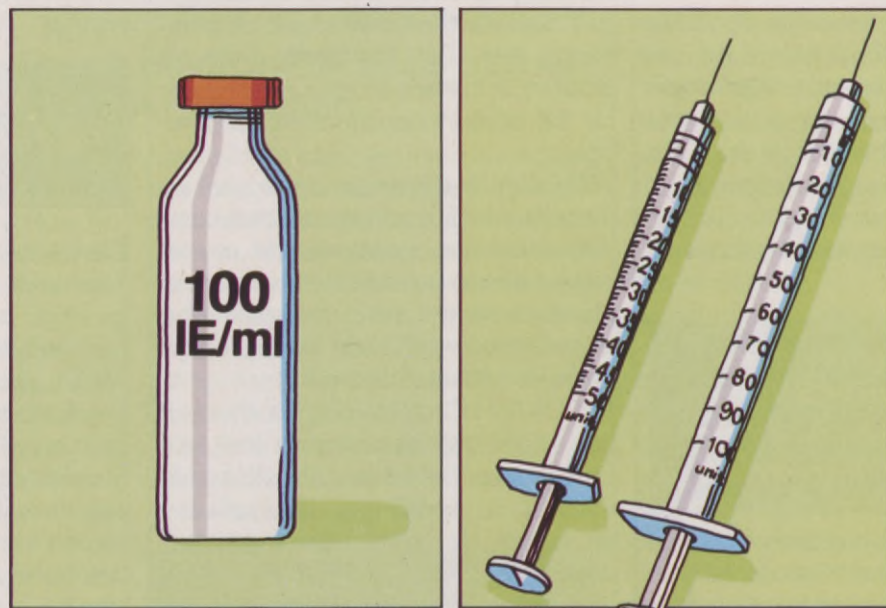


STEG FÖR STEG

med **TERUMO**s insulinsprutor för insulin 100 IE/ml

Det finns två sorters insuliner — snabbverkande insulin (måltidsinsulin) och medellång- och långverkande insulin (basinsulin). Ta reda på hur Ditt insulin verkar!

Andra faktorer som tex insulindosens storlek, injektionstekniken samt kost och motion inverkar också på effekten.



Den koncentration (styrka) som numer används i Sverige är 100 IE/ml (U-100). Insulinet doseras i IE = internationella enheter (på engelska units)

TERUMOs insulinsprutor finns i storlekarna 1 ml och 0,5 ml. TERUMOs sprutor är graderade i enheter/units. På förpackningarna anges också tydligt att sprutorna får användas endast för U-100 INSULIN.

Förvaring

Den flaska Du använder förvaras mörkt i rumstemperatur, tex i badrumsskåpet. OBS! Inte direkt i solljus.

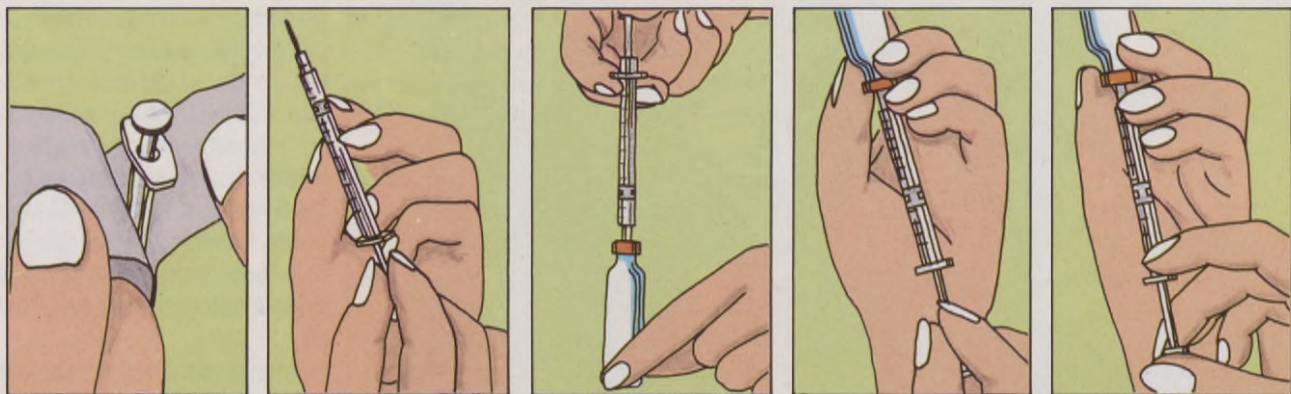
Oöppnade flaskor förvaras i kylskåp.

Insulin som frusit bör inte användas, eftersom det efter upptining kan få ändrad verkningsstid.

Före uppdragning

1. Tvätta händerna
2. Vänd flaskan med basinsulin — som är grumligt — upp och ned några gånger eller rulla den mellan handflatorna så att insulinet blandas ordentligt.

Uppdragning i spruta



Öppna förpackningen genom att dra flikarna från varandra.

Dra upp lika mycket luft i sprutan som Din insulindos.

Spruta ner luften i flaskans "luftrum" med flaskan stående.

Vänd flaskan och sprutan upp och ner. Dra upp insulinet.

Spruta tillbaka ev överskott. Se till att Du har rätt insulindos!

Injektionsteknik



Det är viktigt att insulinet hamnar i rätt vävnad, dvs i underhuds fett (subcutant). Sticker Du rakt ner utan att lyfta huden kan insulinet hamna i muskeln (intramuskulärt) och sugas då upp snabbare.

Lyft upp ett rejält hudveck ("trefingersgreppet"). Du kan vinkla sprutan i 45° eller sticka i 90° ner i hudveck. Sticker Du i 90° måste Du hålla kvar hudveck under injektionen (se bilden), annars kan kanylen tränga in i muskeln.

Injektionsställen



Det är viktigt att variera injektionsställe för att insulinet skall ge maximal effekt och förhindra uppkomst av fettkuddar (lipohypertrofier) eller gropar i huden (lipohypotrofier).

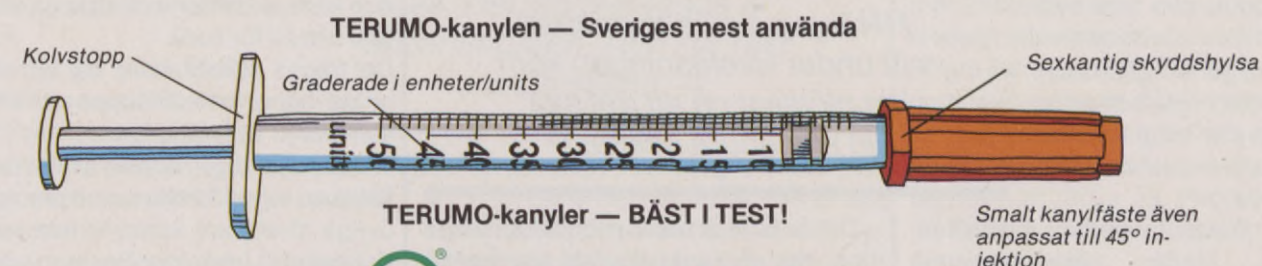
Tänk på att insulinet tas upp olika snabbt beroende på var/inom vilket område Du injicerar. Byt därför inte område hur som helst — byt injektionsställe inom området.

Snabbverkande insulin (måltidsinsulin) skall tas upp snabbt och ger snabbast effekt om Du injicerar det i bukens underhuds fett ca 30 minuter före måltid.

Efter injektionen

1. Sätt på den orange skyddshylsan/kolvstängan är lätt att bryta av.
2. Stoppa sprutan i tex en tom mjölkförpackning.
3. Lägg förpackningen i en soppåse, knyt ihop...
4. ...och släng i sopsäck/sopnedkast.

TERUMOs insulinsprutor med genomtänkta detaljer



TERUMO-kanylen — Sveriges mest använda

Graderade i enheter/units

Sexkantig skyddshylsa

TERUMO-kanyler — BÄST I TEST!

Smalt kanylfäste även anpassat till 45° injektion

TERUMO

Schlytersvägen 35, 12650 Hägersten, tel 08-744 26 55, telefax 08-18 65 50

Sprutteknik & Romantik i Mälmarvik

Text o foto: Ann-Sofi Lindberg

Mälmarfjärden är ett oändligt solhav. Sensommarens disiga fukt ångar upp från stranden. Det milda augustiljuset ger grönskan en sällsam lyster, som förtrollar ens sinne.

Kvällens sista solstrålar sneddar in genom de många fönstren och belyser ett ylande, kvackande och bråkande menageri.

Ungdomskonferensen på Fagerudd utanför Enköping har just börjat.

– Hon har kommit hit för att se hur andra ser ut som sitter i samma båt, avslutar Nicklas Karlsson sin presentation av en varginna från Landvetter.

Stämningen är uppsluppen efter de inledande "lära-känna varandra-övningarna". Alla har fått gå fram och presentera en okänd kamrat inför de andra ungdomarna, som är i åldern 17–25 år. Och man har bildat grupper genom att låta och se ut som olika djur. Vargyl blandat med guppiebubbel, ormars väsande och grodkvack.

– Kul att slippa morsan och farsan, tycker en av de yngsta deltagarna.

De kommer från Sveriges alla hörn, skrymslen och vrår. Från Gällivare i norr till Trelleborg i söder. Förväntansfulla, nyfikna och litet avvaktande så här i början. Under ledning av Göran Andersson och Torkel Söderberg, konferensbefäl på lekhumör, får ungdomsträffen en otrolig rivstart. När skymningen tätnar och de många björkarna utanför börjar lösas upp i mörker finns det inte någon som inte bytt några ord med alla de andra.

Första morgonen gryr tveksamhet, dystert grå och dimmig, men alla hittar rätt och intarsina platser, relativt pigga och krya.

Alla utom doktorn, som ska inleda konferensen. Medan väckningspatrull sånds ut tar Britta Halvarsson, sjuksköterska vid barnmedicinska kliniken i Linköping, till orda för att berätta om hjälpmedel.

– Det allra bästa hjälpmedlet är din

egen dagbok, förkunnar hon och fortsätter att prata om sticteknik.

– Hur man sticker sig påverkar hur insulinet tas upp av kroppen, berättar hon. Hos män är ofta fettlagret ganska tunt, speciellt på låren, och risken är därför stor att man sticker för djupt och når musklerna.

– Då får insulinet en snabbare effekt. För att undvika det här bör man göra ett hudlyft och sticka snett, ungefär 45 graders vinkel. Efter injektionen drar man ut nålen till hälften, räknar till tio och drar sedan ut hela kanylen. Då hamnar insulinet där det ska.

Om man injicerar i magen sugns insulinet upp 30–40 procent snabbare än i låret. Man bör tänka på att inte sticka för långt ut åt kanterna bara.

– Notera hur ni varierar injektionsställe och följ ett visst mönster, råder Britta Halvarsson. Blodsockret kan hoppa om ni sticker er hipp som happ. Någon undrar om man kan ge insulinet i armen.

”När jag skulle ta sprutan mitt under föreläsningen kom jag plötsligt på att det ska ju alla andra också!”

– Det är inte att rekommendera, menar hon. Inte på barn i alla fall, som har så tunna armar. Det är risk att man skadar blodkärl eller nerver.

Så var det dags för den stora fettdiskussionen. Frågan uppstår litet

oskyldigt under dietist Ingrid Torehvs föreläsning. Och plötsligt är alla engagerade, invändningar och frågetecken haglar hit och dit och doktor Göran Hermansson griper in och försöker förklara. Till slut verkar det ändå som om man är ense om att fett **inte** höjer blodsockret direkt. Att diabetiker bör kontrollera och begränsa fetthalten i maten beror dels på risken för senkomplikationer (hjärt- och kärlsjukdomar) och dels på att man inte ska bli för tjock.

Det frågas också om det går bra att äta bruna bönor och ärtsoppa nuförtiden, sånt har ju varit tabu förut.

– Ja, egentligen är baljväxter bra mat, förklarar Ingrid Torehov, som precis som övriga föreläsare kommer från region-sjukhuset i Linköping. Om man gör bruna bönor själv går det ju att minska på sirapen.

– Och när det gäller ärtsoppa så är nog fläsket av större skada än själva ärtorna, menar hon vidare.



Närheten till sjön inspirerar till många skilda aktiviteter, tex kanotfärd, fiske, bad eller varför inte en stunds stilla avskildhet.



Magnus Mellerby kommer från Trelleborg, inget tvivel om den saken.

Det är bättre att jag berättar om senkomplikationer än att ni får läsa om dem i veckotidningar, som inte har en aning om vad det handlar om.

Så inleder doktor Hermansson sin halvtimme om kärlskador.

Risken att bli blind är 7,9 procent för en insulinberoende diabetiker. 4,9 procent riskerar att få nedsatt syn, alltså totalt 12,8 procents risk att få skador som påverkar synen.

– Det är puberteten som trycker på startknappen till förändringar i kärlen, förklarar han. Tillväxthormonerna är de stora bovarna i dramat.

Den diabetiska ögonskadan, retinopatin, utvecklas i flera steg.

– Det allra första tecknet är att blod-nät-hinnebarriären börjar brytas ned. Detta

”Snabbinsulinet är en liten eka, som fort kan ändra kurs. Det långverkande är oceanångaren, som kör rakt upp på skäret.”

märker man inte och det går heller inte att mäta. Cellerna i näthinnan mister sitt skydd mot direktkontakt med blodet.

– Steg två kallas bakgrundsretinopati och kan innebära vidgade eller slingriga blodkärl, vätskeutgjutningar, blödningar eller åderbräck i näthinnan.

Den allvarligaste formen av näthinneskada kallas proliferativ retinopati och

det är först när man kommit dithän som synen börjar påverkas. Syrebrist leder till en alltför snabb och planlös nybildning av blodkärl, som ett "fuskbygge utan karta". De nybyggda kärnen håller därför inte utan blödningar uppstår som kan börja fylla glaskroppen.

– Det ser ut som spaghetti på näthinnan i stället för telefonledning, förtydligar Göran Hermansson.

– När kärnen läks bildas ärrvävnad som drar i näthinnan och utsätter den för risk att lossna.

Han betonar vikten av att jämföra ögonbottenfoton vid olika tillfällen för att kunna förebygga skadorna med till exempel laserbehandling.

Marianne Helgesson är psykolog och pratar om frigörelse.

– När barnet kommer upp i tonåren upptäcker det att banden till föräldrarna i själva verket är gummisnoddar, förklarar hon.

– Tonåringen börjar då dra i de här snoddarna för att prova hur långt man kommer. Plötsligt säger det stopp och du studsar tillbaka igen.

Några extra gummitrådar skiljer en ungdom med diabetes från en icke-diabetiker. Föräldrarna i sin tur har, utöver det gamla vanliga ansvaret, dessutom diabetesen att tänka på. Frigörelsen kan därför bli en tuffare match för tonåringen med diabetes.

– Två saker händer under tonåren, menar Marianne Helgesson. För det första ska man bygga ihop sig själv till en vuxen individ, till ett jag som är likadant oav-

Vänd

SPRUTTEKNIK... forts

sett var jag är.

– För det andra ska man göra sig kvitt allt det "barnsliga" beroendet, det vill säga klippa av en del av gum-mibanden.

– Men kom ihåg att puber-teten är en unik period i era liv, då ni är vidöppna för impulser utifrån. Ni kan ta intryck och få nya värderingar som aldrig annars, lovar hon.

Jag är alldeles galen i Keso, förklarar Joakim Folkesson uppgivet. Jag kan kaka det hur som helst och när som helst. Men hur är det med fruktkeso till exempel, där ananas är tillsatt, är det väldigt sött?

Vi är ett gäng som sitter runt Ingrid Torehov och pratar mat.

Jo, det är mycket socker i ananaskeso. Bäst med den naturella sorten.

Nu har det dock visat sig, får vi höra, att små mängder socker i samband med måltid inte påverkar blodsockret som man tidigare trott.

Att det finns många skuldkänslor koppelade till diabeteskosten märks tydligt.

– Jag kände mig så skyldig när jag första gången drack Coca-Cola light, erkänner Kicki Idefelt. Fast det smakade likadant och jag visste att den inte inne höll några ka-

lorier, så kunde jag knappt få i mig den.

– Så kan det ofta vara, instämmer Ingrid Torehov och berättar följande:

– Om ett litet barn sitter på kalas med en stor tårtbit framför sig som han inte får

äta upp, så stiger blodsockret lika mycket som om han hade ätit den. Så mycket påverkas vi av stress och otillfredsställelse.

”Innan jag kom hit trodde jag att jag accepterat min diabetes. Jag har åtminstone lärt mig att det var fel.”

Eftermiddagen övergår snart i ljummen kvällning.

– Typiskt, bara för att vi är diabetiker så har dom lagt in "motion" på schemat.

Det var det första en av tjejerna tänkte på när hon såg programmet till konferensen.

– Bara för att man har diabetes är det ju inte roligt att motionera. Det blir som ett tvång, tänkte hon då.

Men varken den här flickan eller någon annan behöver känna sig pressad att röra på sig efter middagen. Alla hittar någon typ av sysselsättning som roar, antingen man väljer en tuff innebandymatch i motionshallen, en skogspromenad i kuperad svamp- och bärmark eller en roddtur med fiske i solnedgången.

”Sova får man göra när man blir gammal.”

Vad som sedan försiggår på rummen när natten ligger svart och tyst över Mälaren lär förbli höljt i dunkel. Men, som någon uttryckte sig, "jag visste inte vad sova hette den helgen".



Göran Hermansson och Britta Halvarsson.

Det skulle växa ut hår på insidan av händerna. Hjärnan skulle rinna ut och ryggmärgen förtvina. Såg man en sådan grotesk varelse visste man att han onanerat.

– Det trodde man förr, berättar skolsköterskan Sonja Mobjörk i diskussionen om "sex och samlevnad", ett laddat ämne med många känsliga frågor.

Om forna tiders fördomar får vi lära oss en hel del. Till exempel att det kom en lag 1910, som förbjöd spridande av kunskap om preventivmedel. Den lagen upphävdes 1938.

– I flickskolorna bedrevs "samlevnadsundervisning" vars budskap var att sex inte alls var nödvändigt för kvinnor och något man faktiskt kan säga nej till.

– Pojkarna fick överhuvudtaget ingen tala med, för att inte väcka den björn som sov.

Iavsikt att hindra gossarnas lustkänslor fanns också en speciell anordning, en typ av låda, som kopplades till könsorganet på kvällen och som ringde vid erektion.

– Då rusade mamman in och kunde stoppa vad som var på gång, berättar Sonja Mobjörk vidare.

Någon undrar om man inte kan använda en sån manick i motsatt syfte, vid impotens, och många brister ut i befriande skratt.

– Många skam- och skuldkänslor finns dock fortfarande kvar, fortsätter Sonja Mobjörk. Varför är det så skämsigt att köpa kondom, till exempel? Det borde ju vara tvärtom! Att öppet visa inför alla att man är rädd om det finaste man har. Själv delar hon ut gratis kondomer på skolan där hon arbetar.

– Det är enda sättet att klara sig från både könssjukdom och oönskad graviditet. Men ni måste använda den på rätt sätt, förklarar hon medan hon tar fram en kondom och visar med hjälp av ett finger hur man gör.

Alla lyssnar andäktigt. Men när doktor Hermansson föreslår kombinationsköp av Husmans knäcke och kondom-



I den vilda och spännande terrängen runt Fagerudd dristar sig ett gäng ut på skogspromenad.

paket för att slippa handla enbart kondomer, då lossnar smilbanden igen och stämningen blir riktigt gemytlig. Det är många som vill veta om p-piller är bra för diabetiker.

– Ja, svarar Sonja Mobjörk. Men blodsockret kan påverkas så man får kolla själv och sedan ändra sin insulindos om det behövs.

– Numera rekommenderar vi däremot inte mini-piller, eftersom de är mer osäkra än kombinationspreparaten.

Inga ämnen är för känsliga att resonera om. Alkohol, pornografi och homosexualitet avskräcker inte de här killarna

och tjejerna från att ta till orda.

Gruppen får beröm av Göran Hermanson.

– Snart är doktorn borta ur leken, konstaterar han. Förut var det kanske någon enstaka som kunde föra resone-mang av den här typen.

– Det är egentligen inte mycket ni som grupp behöver veta av en doktor, försäkrar han.

Men alla hoppas givetvis att han kommer nästa år igen. Precis som en viss annan gammal vän. ■

Citaten i texten kommer från deltagarna i konferensen.

Positivt att tänka om

Lena Carlssons resväska var mycket tyngre inför hemresan än när hon kom till Fagerudd. Då menar hon förstås det andliga bagaget.

– Förut trodde jag att jag visste så mycket, säger hon. Jag har levt i min snäva värld och sett ned på dem som gjort fel – de har slarvat.

– Nu förstår jag att jag suttit fast i ett fack och inte hängt med i utvecklingen när det gäller till exempel diabeteskost. Det

var ju striktare förut och socker var syndigt, säger hon.

– Det roligaste var dels att träffa rums-kompisarna, dels att lära sig tänka positivt, menar Lena Carlsson. För visst känns livet betungande ibland, man ser ingen lösning alls.

– Men även om det just då känns jobbigt så kommer man ut ur krisen igen.

Lena hade gärna stannat på Fagerudd några dagar till, men tröstar sig med att man ska sluta när det är som roligast. Och hemma i Gällivare försöker Lena nu få kontakt med andra ungdomar som har diabetes och kanske dra igång litet aktiviteter.

UNGDOMSKONFERENSER UNDER 1988

Efter 1987 års succéartade ungdomskonferens på Fagerudd utanför Enköping, har Svenska Diabetesförbundets styrelse beslutat att förbundet under 1988 ska genomföra två ungdomskonferenser:

**Den första äger rum 5–8 maj 1988
(Sista anmälningdag 14 mars 1988).**

**Den andra äger rum 1–4 sept. 1988
(Sista anmälningdag 20 juni 1988).**

Båda konferenserna är förlagda till Rikskorpens kurs- och friskvårdscentrum Fagerudd utanför Enköping.

Då 1988 års tema för förbundet är "Motion och diabetes" kommer också ungdomskonferenserna att genomsyras av detta tema.

Som föreläsare kommer bli experter på kost och motion.

De senaste årens populära ämne, friskvård och positivt tänkande, finns också med på programmet.

Det här är bara en liten del av allt Du kommer att vara med om under Din vistelse på Fagerudd. Välkommen med Din anmälan.

26 deltagare i åldern 17–25 år kan vara med. Deltagaravgift: 250:– samt tillkommer utgiften för resan.

När Du skickar in Din anmälan glöm då inte bort att skriva **vilken** av konferenserna Du söker till.

Skicka eller ring in Din anmälan till Svenska Diabetesförbundet, Box 5023, 125 05 Älvsjö, tel. 08-81 0490.

BREVKONTAKT

Hejsan!

Är en 18-årig tjej som har diabetes sedan drygt två år tillbaka. Jag önskar en brevvän i liknande ålder, helst kille, men även tjejer. Jag arbetar som undersköterska på ett sjukhem i Linköping. Mina intressen är hästar (har egen), musik, läsning och allt annat som gör livet glatt. Är du intresserad, fatta pennan och skriv en rad.

Marie Järkelid
Ärenprisivägen 36
590 62 Linghem

Hallå!

Jag är en tjej på 17 år som har haft diabetes i sju år. Jag skulle vilja brevväxla med ungdomar som har diabetes, hemska mycket gärna killar. Mina intressen är skriva brev, sporta, djur, disco och allt som gör livet värt att leva. Jag lyssnar på all musik som får humöret på topp. Glöm inte skriva till mig. Jag väntar på svar.

Camilla Haavisto
Kyrkvägen 9
820 71 Ilsbo

Hej!

Jag är en tjej som önskar brevvänner omkring tretton år. Mina intressen är: Sport, musik, vara med kompisar, mat m.m. Fatta pennan och skriv till:

Caroline Tjäder
Kyrkvägen 9
150 31 Åkers Styckebruk

Hej!

Jag är en synskadad tjej på 17 år som har haft diabetes i fem månader. Jag har ljusblont hår och blågrå ögon är 156 cm lång och väger 47 kg. Mina intressen är elektroniskt, musik, djur, natur, barn, matlagning och bakning. Jag är levnadsglad men saknar en riktig vän. Jag vill komma i kontakt med en kille mellan 16 och 22 år.

Ulrika Carlsson
Smålandsgatan 34
432 00 Varberg

Möten med mätare

Av Ulla Ernström Foto: Reportagebild

Många diabetiker står naturligt nog tveksamma inför köpet av blodsockermätare. Är det en vettig investering?

Att försäljningen av blodsockermätare fått ett uppsving beror till stor del på att två företag sedan en tid säljer sina produkter till ett lägre pris.

DIABETES gör i all enkelhet en jämförelse mellan de tre mest förekommande mätinstrumenten. Med hjälp av tre användare.

Blodsockermätare (fotometer) är dyra och än har vi inte sett tecken på att dessa hjälpmedel kan komma att bli kostnadsfria. Priset brukar röra sig mellan 1.500–1.900 kronor. Man är hänvisad till postorder och enbart företagsinformation när man ska inhandla detta kostsamma hjälpmedel. Om man inte har en diabetesmottagning som kan råda.

Sedan i våras rabatteras två blodsockermätare och det ser ut att bestå även under den närmaste tiden, förmodligen under hela 1988. Det låga priset (750 kronor) är självfallet inte föranlett av generositet. Försäljarna är stora internationella företag som kan ta ett inkomstbortfall i Sverige. De tar igen på gungorna vad de förlorar på karusellen. Det vill säga, de båda företagen får in det som går bort på försäljningen av mätinstrument på att istället sälja så mycket mera teststickor (kostnadsfria för patienten).

Svåra val

Om jag nu vill köpa en blodsockermätare, vilken typ ska jag välja? Är skillnaderna stora? Tja, vi kan bara tala om funktionerna och tiden. Inte så mycket om produkternas kvalitet, hållbarhet, tillgång till och behov av service. För vi har ingen undersökning a la Konsumentverket att gå efter, vi kan inte bedöma vilken apparat som är bäst för det är ett individuellt avgörande. Vi har ingen statistik över försäljningen, om den nu skulle säga något.

I reklamen framstår allt som rena drömmen. Allt är busenkelt. Nu är det väl inte så svårt att hantera en blodsockermätare,

när man är van, men det krävs att man är noggrann, annars fungerar den inte, visar fel värden.

Det kan nog vara klokt att skicka efter tryckt information innan man gör sin beställning på blodsockermätare. Om man inte har det som på Huddinge sjukhus, där diabetessjuksköterskan Ulla Ahlin har fyra olika apparater att låna ut så att patienterna själva kan känna sig för vilken typ av mätare de trivs bäst med.

Underverk???

– Jo, jag har märkt av det ökade intresset för blodsockermätare, säger Ulla Ahlin.

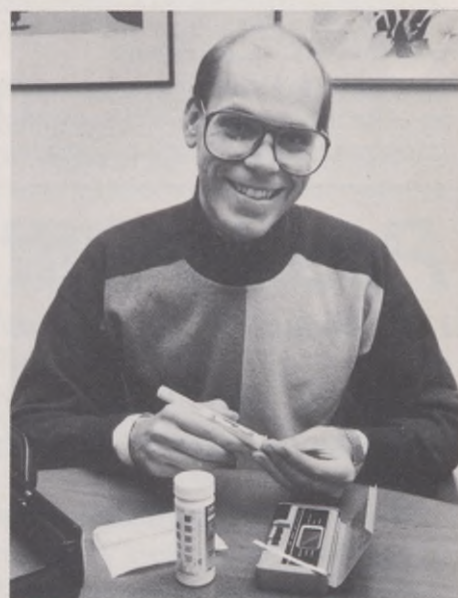
Hon får frågor och försöker hjälpa patienterna via sin uppsättning mätare, av olika märken men som det inte är några väldiga skillnader på. En apparat ger värdet snabbare än de övriga, men å andra sidan kräver den mer av användaren.

Är blodsockermätaren något oundgängligt "underverk"?

– Har man ett något så när normalt färgsinne klarar man att läsa av sitt värde genom att jämföra resultatet på teststickan mot färgfältet på stickburken, menar Ulla Ahlin.

– Då får man ett cirkavärde, men det är också vad blodsockermätaren ger. Den läser av färgtätheten på testremsan på ett ungefär. Men det händer att patienter säger att de har ett blodsockervärde mellan 6 och 9, alltså normalt, och ändå vill ha en mätare. Fast det bara blir ungefärligt det också.

Människor kan uppleva det som säkrare att få ett fixt värde. Det kan kännas som



David Lindenhäll försökte aldrig på allvar att använda färgskala utan köpte blodsockermätare när han fick diabetes för några månader sedan. Det kändes enklare. Men egentligen ger också blodsockermätaren bara ett cirkavärde.

att tiotal, ental och decimaler är mer att lita på än ett värde man själv läser av visuellt.

– Det kan vara en orsak till att blodsockermätarna har en marknad, anser Ulla Ahlin.

Rejäl droppe

De tre vanligaste blodsockermätarna är Glucometer, Reflolux och Glukoček. Det är de två förstnämnda som konkurrerar om köparna med sitt extrapris och vartill hör egna teststickor som måste användas till respektive instrument. Till den sistnämnda kan man välja vilken teststicka man vill ha. Det skiljer i materialet på stickorna eller remsorna och därmed också i hanteringen av dem, på hur de ska torkas av innan de sätts in för avläsning i blodsockermätaren. Det finns också en fotometer med minnesfunktion, Hypocount, som är något dyrare än de övriga och inte tycks vara lika vanlig.

Oavsett märke måste man vara noggrann. Bloddroppen ska vara rejäl på stickan och det är viktigt att den torkas av på rätt sätt. Apparaten får inte kladdas ner inuti, då visar den fel värden. Med Glucometer får man fram värdet på

50 sekunder. Reflolux och Glukocheck tar två minuter på sig. Men tidsaspekten kan ha både för- och nackdelar.

David Lindenhäll, Trångsund, skaffade blodsockermätare direkt när han fick diabetes för fyra månader sedan. Det var ingen idé att försöka med färgskala tyckte han, provade mätare på Hudinge sjukhus och fastnade för Glucometern.

– Den passade mig, mest kanske för att jag kan mäta värdet på halva tiden jämfört med de andra apparaterna. Den är behändig att ha med och locket skyddar instrumentet.

När David trycker på mätarens startknapp har han en bloddroppe färdig att applicera på testremsans båda testfält. Apparaten visar på 50 sekunder, blodroppen på remsan, och så börjar den räkna ner, varnar innan 20 sekunder, då han omedelbart ska vara beredd att ta bort blodet från stickan med ett absorberande papper. Så in med stickan bakom den lucka han ska hinna öppna. Resultatet kommer i mätfönstret.

– Det kräver precision att passa in stickan rätt bakom klacken, säger David och det kan vara stressigt att hinna med att göra allt ibland.

Tre provade mätare

Ann-Charlott Lindberg, Stockholm, köpte Reflolux i somras. Den går lätt att bära med sig vart hon går. En annan mätartyp har hon stående på jobbet.

Eftersom Ann-Charlott har insulinpump måste hon testa sitt blodsocker ofta, 3–4 gånger om dagen. Ändå tycker hon inte att tiden det tar för henne, två minuter, har någon betydelse.

– Skillnader på någon minut spelar ingen roll. Kanske jag skulle fundera över apparaternas tidsskillnader om det rörde sig om flera minuter. Det viktigaste är att jag kan lita på min blodsockermätare. Företaget påstår att den är tillförlitlig på låga värden och det kan stämma. Dessutom har den ett stort mätintervall.

Ann-Charlott trycker inte på startknappen förrän blodroppen sitter på stickan och mätaren börjar räkna sekunder. Strax innan den gått 60 sekunder varnar den att blodet ska torkas av, med bomull. Mätstickan sätts in i hållaren och efter 120 sekunder hörs en signal, varefter värdet visas i mmol/l.

– Ska jag säga något negativt är det att färgen är opraktisk. Vitt är svårt att hålla rent. Jag måste torka av apparaten ofta. Vid en jämförelse mellan dessa båda blodsockermätare, som kostar lika mycket, för närvarande i alla fall, kan

man säga att den stora skillnaden ligger i att Glucometer styr sin användare, allt ska hinnas med sedan man tryckt på start. Medan Reflolux-användaren själv bestämmer över apparaten. Först när blodroppen är applicerad på stickan trycks apparaten igång.

Stadig på handen

Också när det gäller Glukocheck kan det bli lite stressigt, åtminstone vid ett moment, tycker Åke Gustavsson, Stockholm. Han har bara fem sekunder på sig att ta ut teststickan ur apparaten efter kalibreringen och sätta på blodroppen. Det är lite knappt.

Åke måste kalibrera sin mätare vid varje test. Kalibrering innebär att han sätter in en teststicka i mätställaren så att apparaten vet vilken sticka som ska användas för mätningen. David och Ann-Charlott kalibrerar en gång per stickförpackning.

– Men kalibreringen är ingen match. Det svåraste är att fånga blodroppen på stickan. Det gäller att vara stadig på

handen, säger Åke, som har fem års övning bakom sig med sin apparat.

Efter kalibreringen räknar den sekunder från 120 och ner till 60. Då en signal varnar om att nu ska stickan torkas av, med bomull här också, och när nedräkningen avslutats vid noll sticker Åke in i teststickan i instrumentet och får resultatet i mätfönstret.

– Jag mäter när jag känner att jag inte mår bra i kroppen. Tycker inte man får vara slav under mätningen. Jag brukar mäta blodsockret under helgerna. Bekymret för mig är att jag ligger ganska högt, på omkring 12 mmol/l. Det kan vara svårt att se mellan 11 och 17 på färgskalan, då är det här systemet att föredra. Min apparat har hållit. Misstänker jag något fel brukar jag kolla den på sjukhuset.

Glukocheck Audio, blodsockermätaren för synskadade, bryr vi oss inte om att ta upp här. Den är godkänd som kostnadsfritt hjälpmedel och lämnas ut som sådant i vissa landsting. Se Diabetes nr 3/1987. ■

Reflolux II

Storlek: 149×79×22 mm

Vikt (inkl batteri): 190 g

Mätområde: 0,5–27,7 mmol/l

Batteri: 6 V

Försäljare: Boehringer Mannheim Scandinavia AB, Bromma

Glucometer II

Storlek: 128×65×24 mm

Vikt (inkl batteri): 200 g

Mätområde: 2–22 mmol/l

Batteri: Alkaliskt batteri, 9 V

Försäljare: Bayer Sverige AB Ames Diagnostica, Göteborg

Glukocheck SC

Storlek: 161×70×23 mm

Vikt (inkl batteri och fodral): 200 g

Mätområde: 0,5–22 mmol/l. Mätområdet kan vara mindre för vissa teststickstyper

Batteri: 9 V

Alkaliska och andra batterier av "högenergityp" kan användas för att få längre livslängd på batteriet. Glukocheck SC blodsockermätare kan bilda system med minnesmodul och skrivare.

Försäljare: Orion Diagnostica AB, Trosa

För alla tre gäller att batteriet räcker för minst 1.000 avläsningar vid normal användning.



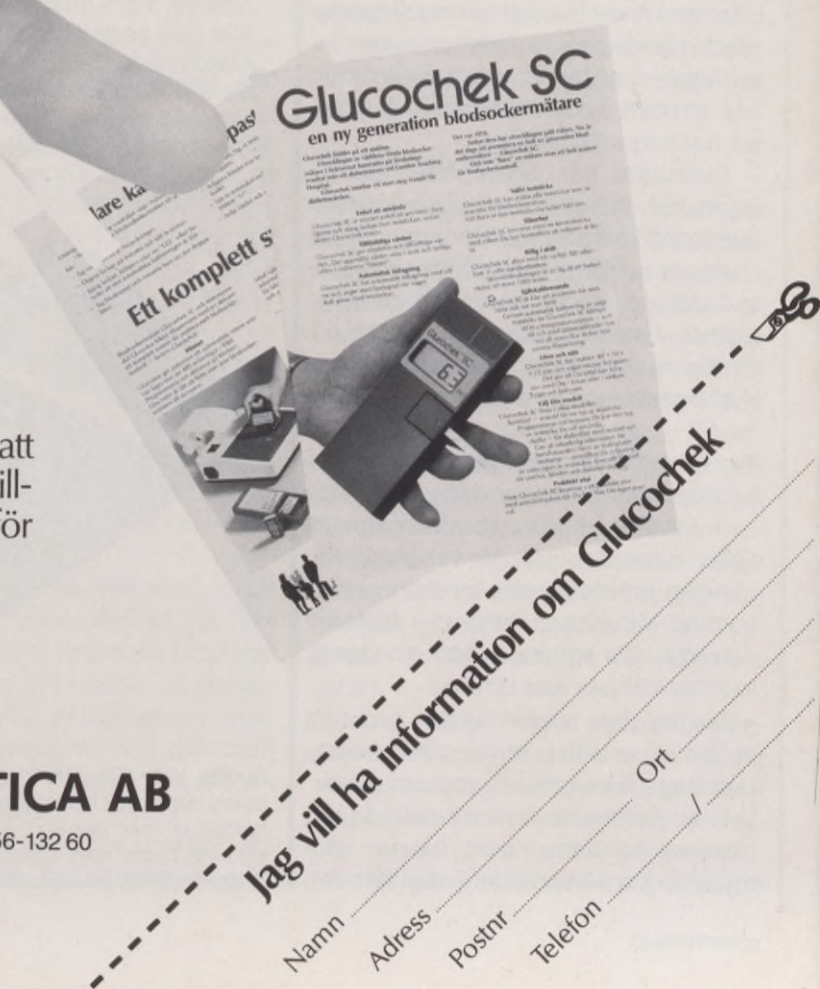
David, Ann-Charlotts och Åkes utrustning för blodsockermätning samlad (utom absorberande papper och bomull). Åke har haft sin Glukocheck i fem år och han har inte allra senaste modellen, men den som säljs idag fungerar inte annorlunda. De två andra skiljer sig framför allt i att Glucometer kan sägas styra sin användare, allt måste gå ganska raskt. Medan det är användaren som bestämmer takten över Reflolux. Man får också resultaten olika snabbt.

ÄNTLIGEN!

Fr.o.m. 1 november -86
är Glucochek SC AUDIO
KOSTNADS-
FRITT*

synhjälp-
medel.

Prata med Din doktor
eller diabetessköterska.



* Handikappinstitutet har rekommenderat att blodsockermätaren Glucochek SC Audio tillhandahålls som kostnadsfritt hjälpmedel för synskadade diabetiker.

Institutets hjälpmedelsbeslut nr 42/86.



ORION DIAGNOSTICA AB

Rådhuset, 150 13 Trosa. Telefon 0156-132 60
Ordertelefon 0156-165 70

Jag vill ha information om Glucochek

Namn

Adress

Postnr

Telefon

Ort

För barn, ungdom, vuxna och anhöriga

Ny bok en vägledare

Tack för att vi som arbetar med barn- och ungdomsdiabetes har fått en lättläst, lättförstådd och pedagogisk bok, med rikt och roligt bildmaterial, att vägleda våra unga patienter och deras föräldrar med.

Boken heter *DIABETES. En vägledning för barn och ungdom*, är skriven av professor Luther B Travis och utgiven av amerikanska diabetesförbundet. Bakom den svenska utgåvan finns en grupp föräldrar till barn med diabetes i Uppsala. Med docent Torsten Tuvemo's, Akademiska sjukhuset, hjälp har man utformat och anpassat boken för svenska förhållanden. Mycket i boken är ändrat och nyskrivet för att överensstämma med modern svensk diabetesvård.

Boken blir genast oerhört stimulerande att läsa. I det första inledande avsnittet går författaren direkt in på de vanligaste frågorna som ställs vid insjuknandet, frågor som "varför fick just jag diabetes?" och "vad kommer detta att innebära för mig?" och "hur ska framtiden gestalta sig?".

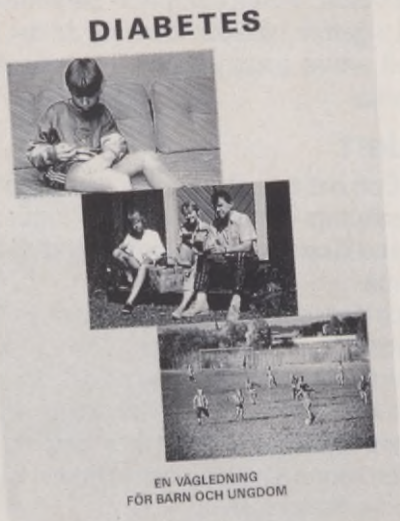
Samtliga frågor besvaras på ett lättfattligt sätt och läsaren förnimmar den ljusa och positiva tonen i boken.

Också känslor

Bokens spännvidd sträcker sig från hur socker och insulin normalt arbetar i kroppen – via tester – hemmakontroll, insulin och insulinadministration – mat, tillväxt och motion – akuta och kroniska komplikationer – till alla de ställningstaganden patient och familj ställs inför i vardagslivet.

Efter varje avsnitt i boken kommer frågor för att läsaren skall stanna upp, tänka efter och besvara det som gått igenom. Det är inte bara fakta som ska tänkas igenom, det är också alla känslor runt diabetesjukdomen som väcks under läsningen, som man skall försöka skriva ned och diskutera innan man går vidare.

Teckningar och pratbubblor gör att även de mindre barnen orkar med och blir in-



tresserade. Författaren har inte utelämnat något utan försökt belysa situationer och tillstånd så enkelt som det någonsin går. Ibland blir det lite för mycket teckningar och information, det kan bli förvillande, men med en översatt bok blir det alltid kompromisser.

Ett bättre ord

Nödvändigheten att ha en god diabetesinställning tas upp i flera sammanhang och dessa kapitel är bra och viktiga. Uttrycken "dåligt inställd" och "dålig diabeteskontroll" återkommer ofta i boken. Jag tycker att dessa uttryck är alltför negativt värdebetonade i detta sammanhang. Det kan lätt ge barn, ungdom och föräldrar en känsla av

misslyckande, vilket är det minsta man önskar. Det bör alltså bli allas vår uppgift att finna bättre ord för en otillfredsställande diabeteskontroll.

Sammanlagt kan sägas att boken

- ger läsaren värdefulla kunskaper i diabetessjukdomen och dess moderna behandlingsprinciper
- framhåller betydelsen av att vara välinställd – växa och utvecklas normalt
- betonar det egna ansvaret mellan patient och diabetesteam på jämbördig nivå
- informerar om långtidsföljderna av diabetes på ett sakligt men ändå ömsint sätt
- ger en inblick i vad som kan tänkas ske i framtiden.

Boken rekommenderas varmt av mig till alla yngre och äldre diabetiker och till de personer som kommer diabetiker nära. Boken är också ett värdefullt tillskott för studiecirklar, vårdskolor etc.

Ulla Klingwall

Diabetessjuksköterska på barnkliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

DIABETES – EN VÄGLEDNING FÖR BARN OCH UNGDOM kostar 90 kr inkl. moms och frakt och kan rekvireras från **Pedagog Förlag, Danmarksby, 75590 Uppsala, tel 018/326280.**

SOMMAR PÅ ASSÖ

Förbundets läger 1988

Sjösportläger 24/7–13/8

K1 2/7–22/7

K2 24/7–6/8

Nya kamrater 33 st, lek, sport, bad, utflykter, överraskningar, lite diabetesundervisning. Det låter väl lockande! Skicka in kupongen nedan så får du mer information och anmälningsblankett.

Nya kamrater, navigation, segling, lite sjövätt, motion. En härlig sommarverksamhet väntar. Seglarvana behöver du inte ha. Lite undervisning i diabetes ingår. Syskon och kamrater kan åka med, de anmäler sig till Sveriges Flottas Ungdomsförbund, tel 08/208672. Skicka in kupongen så får du mer information och anmälningsblankett.

Svenska Diabetesförbundet, Box 5023, 12505 Älvsjö.

Jag rekvirerar härmed anmälningsblankett till:

K1 Sjösportläger
 K2

Namn

Adress

Postnr

Postadress

Den tändande gnistan

— Av Ann-Sofi Lindberg Foto: Ulf Kristensson —

— De måste våga litet mera, ta egna initiativ. Pröva nya idéer och ta över ansvaret för sin diabetes.

Ann Nilsson, diabetessköterska i Alingsås, har fungerat som den tändande gnistan för att få igång diabetesskolan där i höst.

Ann Nilsson har nyligen gått Diabetesförbundets utbildning för sjuksköterskor. Och nu har hon lyckats få igång en skola för diabetikerna på lasarettet, där de får lära sig egenvård och att själva ta ansvar för sin sjukdom.

— Det har varit oerhört positivt, utbrister hon. Vi har fått ett enormt gensvar, så stort att vi kommer att ha en kurs till i vår och dessutom uppföljningsträffar. Doktor Mats Willstrand och dietist Helen Karlsson är övriga medlemmar i diabetesteamet vid Alingsås lasarett.

— Det är en väldigt positiv anda i teamet, säger en av deltagarna i kursen, Rolf Karlsson. Förut trampade personalen på i gamla hjulspår, men nu är det ett helt annat engagemang i diabetesfrågorna.

Alert

— Och det är tack vare vår alerta diabetessköterska. Hon har tänt intresset bland läkarna, och nu är alla med på noterna.

Rolf Karlsson tycker att skolan är ett bra initiativ.

— Vi fick lära oss att tänka på det nya sättet, att vi ska ta ansvar själva och bli vår egen doktor. För att klara det måste man känna sin kropp och kunna ta blodsockertester själv.

— Jag delar helt uppfattningen som läkaren har, nämligen att jag inte är sjuk, utan i ett tillstånd med eget ansvar. Jag är verkligen stolt över vår diabetesmottagning.

Kursen har gått tre gånger på kvällstid



Rolf Karlsson har gått i diabetesskola tre kvällar under hösten. Förutom information om diabetes i sig har han lärt sig hur han själv ska ta ansvar för sin sjukdom.

för att patienterna inte ska behöva sjukskriva sig.

— Vi har inte haft undervisning från kate-der direkt utan litet mer informellt, berättar Ann Nilsson. Vi har inte stått där i skepnad av doktor och sköterska utan som "människor".

Hon hoppas nu att eleverna har lärt sig att justera sin egen dos vid speciella tillfällen, till exempel sjukdom, stress eller motion.

— Så att de slipper komma in med halsfluss och 32 i blodsocker, tillägger hon.

Ridläger för diabetesbarn

I juni nästa sommar ordnas ett ridläger för barn och ungdomar med diabetes. Det är Grällsta Ridcentrum mellan Sala och Västerås som nu för första gången är berett att ta emot en grupp diabetesbarn.



Gunilla Hardenborg med sin son Markus vill ta emot en grupp diabetesbarn- och ungdomar på ridläger nästa sommar. Foto: Don Titelman/Reportagebild.

Precis som de läger som ordnas av Svenska Diabetesförbundet finns sjuksköterska till hands, dietist med i matplaneringen och läkare att kontakta vid behov. Gunilla Hardenborg är initiativtagare till lägret och fick impulsen när hennes egen son Markus fick diabetes i somras.

— De här barnen skickar man inte bort till ett vanligt sommarläger, säger hon. Speciellt inte de mindre och dem som inte haft diabetes så länge.

Ridskolan i Grällsta har tagit emot många barn och ungdomar genom åren, men det är först nu som diabetesbarnen som grupp får möjlighet att pröva hästryggen.

Kostnaden för en veckas vistelse på Grällsta beräknas bli 3.250 kronor per

barn. Det är 1.275 kronor mer än för barn utan diabetes.

— Föräldrarna söker bidrag hos kommunen, berättar Gunilla Hardenborg, och i en del fall kan de få merkostnaden betald.

Lägret vänder sig till barn och ungdomar mellan 7 och 18 år och äger rum 26/6–2/7 1988. Gunilla Hardenborg betonar att sjuåringarna bör ha varit borta på egen hand förut.

Den som vill anmäla sig är välkommen att skriva till: Grällsta Ridcentrum, 73300 Sala eller ringa 0224/242 43.

Max 40 deltagare tas emot nästa sommar, men om intresset blir väldigt stort kan det bli aktuellt att utvidga lägret kommande år. ■

Grällsta Ridcenter

733 00 Sala. Tel: 0224-242 43

Gratisbroschyr
önskas över

Namn:.....

Allmänt Ridläger

Bostad:.....

Ridläger för Diabetiker

Postadress:.....

Konfirmation

ÄNTLIGEN! EN NY BOK:

Diabetes - en vägledning för barn och ungdom



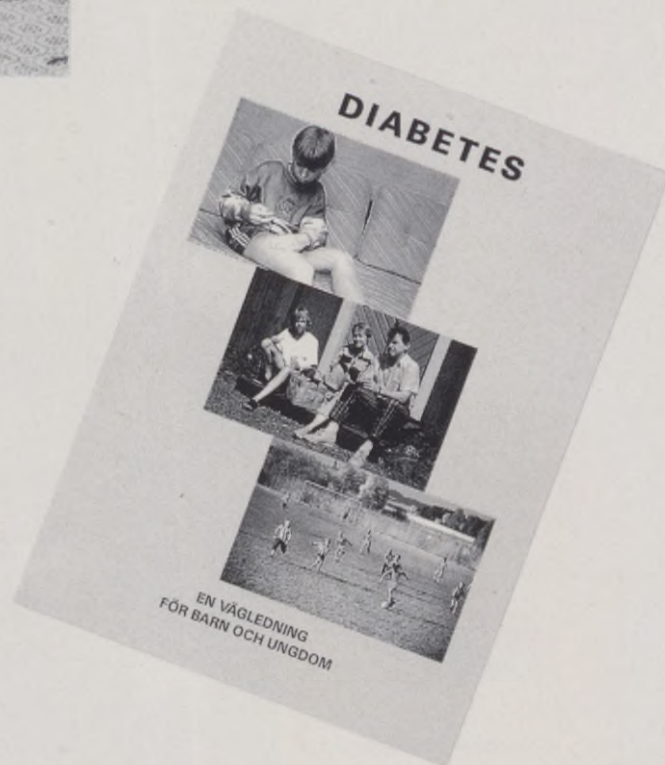
Charlotte Magnusson, 9 år (som har diabetes): *Det är kul att det finns så många bilder. Då förstår man bättre.*
Mamma Margareta instämmer: *Boken är jättebra!*

DIABETES - en vägledning för barn och ungdom

är översatt av föräldrar till barn med diabetes. Överläkare Torsten Tuvemo, ansvarig för barndiabetesvården i Uppsala län, med flera, har bearbetat den till svenska förhållanden tillsammans med Elisabet Berg, själv diabetesförälder. Elisabet har producerat boken hemma i sitt hem (=Pedagog Förlag) och där sköter hon också försäljningen.

224 sidor, rikt illustrerad
Pris: **90 kr** inkl. moms* (självkostnadspris) vid beställning direkt från förlaget, tel 018/32 62 80 eller med kupongen nedan. (OBS! I bokhandeln är priset mycket högre!)

* Du slipper betala frakten - det gör i stället Boehringer Mannheim. De betalar också den här annonsen.



Vi har just fått reda på att boken har blivit godkänd av ABF som studiecirkelmateriel - ordna studiecirkel så får ni boken gratis!

Fyll i kupongen och posta den till Pedagog Förlag, Danmarksby, 755 90 Uppsala

Sänd boken till: Namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Jag betalar med inbetalningskortet som jag får samtidigt med boken.

FULL STYRKA

INSULIN 100 Nu är Monoject-systemet starkare än någonsin. Hela systemet, från sprutor till hjälpmedel, har förnyats och anpassats till Insulin 100.

Monoject kombinationssprutor, med fast kanyl 0,5 ml och 1,0 ml, har ny gradering i internationella enheter. De har också fått orange kolv – en extra säkerhetssignal som Monoject är ensamma om. Ingen risk för förväxling, orange kolv betyder att sprutan är graderad för det nya insulinet.

I Monoject-systemet finns många uppskattade hjälpmedel som kan underlätta vardagen. Det är hjälpmedel som vuxit fram ur en lång erfarenhet och ett stort engagemang. En av nyheterna är det behändiga etuiet som rymmer det du behöver av sprutor och insulin under en dag. Det kan du hämta gratis hos många diabetessköterskor och mottagningar. Du kan också beställa det direkt från Beiersdorf.



BDF ●●●● Beiersdorf AB, sektion medical, Box 10056, 434 01 Kungälv.
Tel 0300-550 00, telex 27026 bdfS.



Injectomatic automatiska injektionspistol gör injektionerna enkla och så gott som smärtfria.

SKICKA EFTER FULL INFORMATION!

Beställ full information om Monoject-systemet, det är bara att skicka in kupongen och är givetvis helt gratis. Har du tillgång till en VHS videobandspelare kan du samtidigt låna ett intressant videoprogram om hjälpmedlen i Monoject-systemet.

Du får också en praktisk dagbok där du kan föra in dina dagliga blod- och urinsockervärden. Broschyren FULL STYRKA beskriver hela Monoject-systemet som bl a innehåller Injectomatic injektionspistol. Det är ett kostnadsfritt hjälpmedel som gör injektionerna enklare och så gott som smärtfria. Med den här kupongen kan du också passa på att rekquirera det praktiska dagsetuiet för två Monojectsprutor och insulin. Det får du också helt gratis, så beställ ditt informationspaket direkt!



Ja tack, skicka full information om Monoject-systemet.

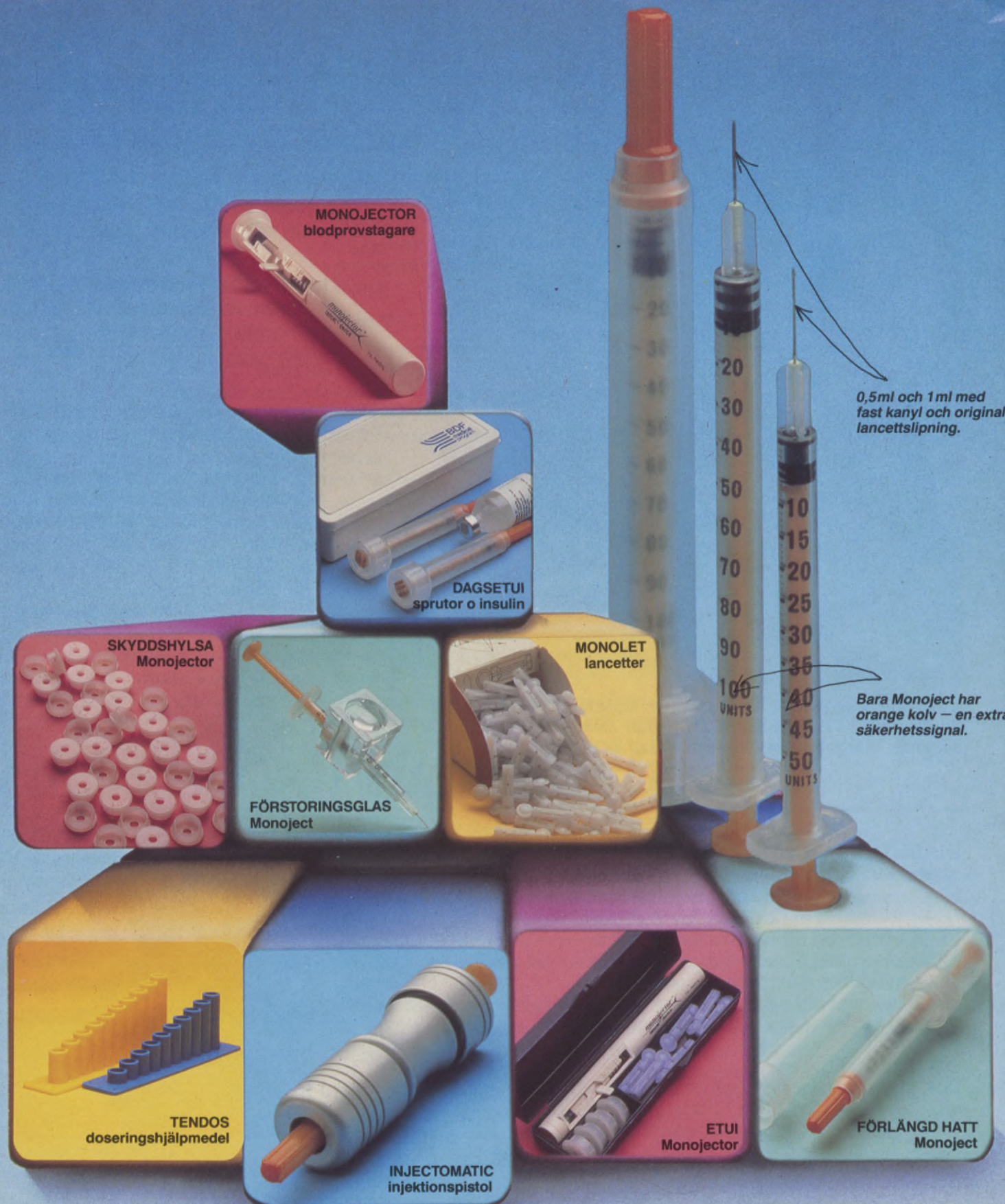
 Jag vill också låna videokassetten under 14 dagar.

 Monoject dagsetui vill jag också ha utan kostnad.

 Namn:

 Adress:

 Postadress:



MONOJECTOR blodprovstagare

DAGSETUI sprutor o insulin

SKYDDSHYLSA Monojector

FÖRSTORINGSGLAS Monoject

MONOLET lancetter

Bara Monoject har orange kolv – en extra säkerhetssignal.

TENDOS doseringshjälpmedel

INJECTOMATIC injektionspistol

ETUI Monojector

FÖRLÄNGD HATT Monoject

0,5ml och 1ml med fast kanyl och original lancettslipning.

FÖRLÄNGD HATT, Monoject
Förlängd hatt som passar till Monoject 1 ml och 0,5 ml sprutor. Hatten kan ersätta den ordinarie på enstycksförpackningen för att skydda färdigdoserade sprutors innehåll och volym.
Art.nr 97170

PROVEX. KAN FÅS KOSTNADSFRITT FRÅN BDF.

FÖRSTORINGSGLAS, Monoject
Ett litet praktiskt hjälpmedel för synsvaga, som sättes direkt på Monoject 0,5 ml eller 1 ml sprutor.
Art.nr 97202

PROVEX. KAN FÅS KOSTNADSFRITT FRÅN BDF.

MONOJECTOR
Praktisk och behändig blodprovstagare, enkel och bekväm att hantera.
Art.nr 9005-65
Ap.Vnr 26 58 92

KOSTN.FRITT HJÄLPM.

SKYDDSHYLSA
Separata skyddshylsor som reglerar penetrationsdjupet. Förp. å 200 st.
Art.nr 9005-68

PROVEX. KAN FÅS KOSTNADSFRITT FRÅN BDF.

INJECTOMATIC
Injektionspistol som användes tillsammans med Monoject engångssprutor med fast kanyl. Injectomatic finns i två storlekar – för 0,5 ml och för 1 ml spruta.
Art.nr 9005-93 (0,5 ml)
9005-94 (1,0 ml)
Ap.Vnr 26 93 73 (0,5 ml)
26 93 81 (1,0 ml)

KOSTN.FRITT HJÄLPM.

MONOLET
Monolet lancetter har "tre-slipad" jämnt formad spets för lätt penetrering med minimal smärta.
Förpackning å 200 st
Art.nr 9005-66
Ap.Vnr 26 59 00

KOSTN.FRITT HJÄLPM.

TENDOS
Doseringshjälpmedel för Monoject 50 IE (1/2 ml) spruta med fast kanyl. Utmärkt hjälp vid ex.vis nedsatt syn.
Tendos blå för 2–20 IE och gul för 22–40 IE.
Art.nr 9005-97 (blå)
9005-98 (gul)
Ap.Vnr 272211 (blå)
272229 (gul)

KOSTN.FRITT HJÄLPM.

DAGSETUI
Ett litet praktiskt etui med plats för två Monoject-sprutor 0,5 ml och en flaska insulin. Den ena sprutan kan bytas ut mot Injectomatic injektionspistol om så önskas. Med det här etuiet har man allt praktiskt samlat och väl skyddat.
Art.nr 97224

KAN FÅS KOSTNADSFRITT FRÅN BDF

ETUI TILL MONOJECTOR
Monojector blodprovstagare blir ännu lättare att ta med sig i det speciella etuiet. Det har inte bara plats för blodprovstagaren, utan också för lancetter och skyddshylsor. Genom etuiet kan man ha alla enheter samlade och väl skyddade.
Art.nr 97186

KAN FÅS KOSTNADSFRITT FRÅN BDF

Tack "gamla" panel

Professor emeritus Rolf Luft har tackat nej till vidare medverkan i DIABETES frågepanel. Eftersom han inte längre har den direkta patientkontakten anser han tiden mogen för att panelskapet överläts till en annan diabe-

tesläkare.

Panelen har varit ett vårdteam på Landstingets undervisningscentrum för diabetes i Stockholm och när nu läkaren i teamet lämnar över gör alla det, ett nytt vårdteam inträder som panel.

DIABETES ber att få tacka hela den avgående panelen, Rolf Luft, diabetessjuksköterskan Barbro Hemgren, dietist Margit Eliasson och fotterapeut May Nes för allt arbete med att besvara läsarnas brevfrågor under fyra år.

Nya ansikten i panelen

Den nya panelen är stor. Sju personer som arbetar i team på Huddinge sjukhus ska dela på besvarandet av de frågor läsarna förväntas inkomma med. I panelen ingår docent Jan Östman, diabetessjuksköterskorna Ulla Ahlin och Elisabeth Bredberg, dietisterna Yvonne Cronström och Gerd Faxén, fotterapeuten Leila Schubert, samt en ny panelfunktion, psykologen Stina Söderberg.

Panelen träder i funktion i och med detta nummer. Läsarbreven domineras av läkarfrågor. Ta tillfället i akt att vara frågvisa också mot dietisten, psykologen och de övriga i vårdteamet!



Docent Jan Östman omger sig med många damer. I panelen, stående från vänster, dietist Yvonne Cronström, psykolog Stina Söderberg, diabetessjuksköterska Ulla Ahlin, Jan Östman, fotterapeut Leila Schubert. Sittande, dietist Gerd Faxén och diabetessjuksköterska Elisabeth Bredberg.

FRÅGA:

För två år sedan fick jag övergå från tabletter till insulin. Vikten var då 62 kg. Tabletter Glucophage mätte jag bra av, bland annat på grund av viktminskning. Då jag tidigare lidit både fysiskt och psykiskt av övervikt 20–25 kg så har till min förtvivlan vikten ökat stadigt, och är nu uppe i 77 kg. Lider av ständig hunger, riktiga hungerattacker, följden av detta är

depression. Vad kan man göra? Har tappat all livslust.

"Förtvivlad"

SVAR:

Med ledning av de uppgifter Du lämnat så vill jag först försöka förklara hur jag tror att Din diabetessjukdom förlöpt. Du har sannolikt en diabetes som kom i medelåldern och som delvis berodde på övervikt. I början av sjukdomen bildade bukspottkörteln alltså tillräckligt med insulin, men så småningom avtog pro-

duktionen. Då är inte längre tabletterna, exempelvis Glucophage, verksamma utan man måste ersätta kroppens insulin med insulin som injiceras. Det är viktigt – då som alltid – att insulindosen blir den rätta. Med för hög insulindos sjunker blodsockermängden så att hungerkänsla framkallas. Med detta följer att man äter mer, något som resulterar i ökad blodsockermängd och ökad kroppsvikt. Om då insulindosen ytterligare höjs så resulterar detta i ännu fler

hungerattacker, ökad aptit o.s.v. Man har med andra ord startat en sk ond cirkel. Vad som behövs i Ditt fall är således sänkning både av insulindos och av mängd kalorier som Du förtär. Detta låter sig lätt sägas och skrivas men är många gånger svårt att genomföra på egen hand. Det fordras som regel att man har tät kontakt med dietist, diabetessköterska eller/och läkare på mottagning eller tom på dagvårdsavdelning. Man måste ha tålmod, eftersom det som regel är ytterst svårt att banta mer än ett par kg/månad om man har diabetes som kräver insulin. Jag tycker att det är viktigt att Du får hjälp med förslag till kost och insulindosering relativt snabbt. Stiger kroppsvikten ytterligare blir ju situationen ännu svårare att bemästra. Det är möjligt att det är lättare att gå ner i vikt om man tar insulin flera gånger/dag, dvs just före måltid, man undviker då att få ett lågt blodsocker mellan måltiderna, något som gör att man äter mer än nödvändigt. Du nämner inte hur mycket insulin Du har, inte heller vilken insulinsort eller hur många insulininjektioner. Jag kan därför inte ge mer konkret besked.

Jan Östman

FRÅGA:

Jag är diabetiker sedan 12 år och har bara haft känningar vid enstaka tillfällen. Nu till frågan: Oavsett hur bra mina blodsockertest är så höjer min läkare insulindosen nästan varje gång jag är på läkarkontroll. Han säger att det är för att jag är i den ålder då man växer mycket, då kräver kroppen mer insulin. Men det kan väl inte vara bra att få för mycket insulin heller? Jag känner mig pigg och glad, har inga "biverkningar" av höjningarna, men ändå måste det väl finnas någon gräns för hur mycket man får höja?

"Turbo boost"

SVAR:

Jag ska försöka att svara på Ditt brev även om det är en hel del detaljer som jag hade behövt för att kunna ge ett mer exakt svar på frågan. Gissningsvis är Du i åldern 14–16 år och har haft och fått diabetes sedan 3–4-årsåldern. Med stigande ålder växer man och utvecklas, bla pga påtaglig hormonell omställning i anslutning till puberteten. Det är väl känt att insulindosen succes-

sivt stiger kontinuerligt upp till 14-årsåldern och därefter ökar än mer påtagligt till 17–18-årsåldern. Därefter minskar insulinbehovet och stabiliseras. Vid puberteten minskar bla känsligheten för insulin och det är en av anledningarna till att insulindosen då kraftigt måste höjas. Det finns ju många faktorer som också minskar insulinbehovet, exempelvis motion. Det är därför inte möjligt att ge några bestämda regler för hur mycket insulindosen skall höjas under årens lopp, det är i hög grad individuellt. Barndiabetologer är väl medvetna om hur viktigt det är att höja insulindosen och den vanliga regeln är att den höjs i stort sett vid varje återbesök, dvs var 3:e eller 4:e månad. Generellt sett är det ingen risk i och för sig att höja insulindosen, det avgörande är vad man når för resultat med insulinbehandling. Ett viktigt resultat är att uppnå så normalt blodsocker som möjligt, utan att riskera annat än lätta insulinkänningar, och utan att gå upp alltför mycket i vikt. Ett annat viktigt resultat är självfallet att man uppnår den mängd som man borde uppnå om man inte skulle haft diabetes. Alltför lågt ordinerad insulindos kan resultera i en viss kortvuxenhet. Du nämner att Du haft insulinkänningar endast vid enstaka tillfällen och det pekar ju på att Du inte blivit ordinerad alltför hög insulindos. Du nämner däremot inget om kroppsvikt eller Din längd. Är vikt- och längd-utveckling helt ordinära och ökar i förväntad utsträckning talar det för att ordinationen av Din insulindos varit utmärkt.

Jan Östman

FRÅGA:

Läste i frågespalten att ett långverkande humaninsulin som ersättare till Zinkprotamininsulinet inte kommer att finnas mer. Vi är några få som ännu kan få Zinkprotamininsulin på licens i några månader, men sedan finns inte detta eller något lika långverkande insulin att tillgå. Vi är inte lönsamma för läkemedelsindustrin. Jag är inte förbannad, det har jag varit så många gånger förr. Jag är ledsen över att inte kunna få ha kvar det insulin jag använt större delen av mitt liv.

Då man slutade göra nyinställningar med Zinkprotamininsulin framförde jag till behandlingsläkaren min oro

över att detta insulin inte skulle finnas fortsättningsvis. Jag fick det lugnande beskedet att så länge någon behandlades med Zinkprotamininsulin skulle det komma att finnas kvar. Man tar inte "kryckan" från handkappade. Att dra in ett sådant läkemedel så länge någon använder det skulle vara oetiskt. Sådant förekom inte i vårt land. Men det gör det tydligen nu.

"Zinkprotamininsulin i mer än 40 år"

SVAR:

Av Ditt brev framgår tydligt att Du är väl medveten om att unga och medellålders diabetiker numera står på flerdosregim, har snabbverkande insulin före varje måltid och mer medellångverkande eller långverkande insulin på eftermiddagen eller kvällen. En väsentligt bättre blodsockernivå uppnår man ju på det sättet och mår också mycket bättre än med tidigare använda långverkande insuliner. Det är även så att man med den nya behandlingen antas löpa mindre risk att få komplikationer från ögon, njurar osv. Jag inser att när man kommit upp något i åldern och egentligen mår ganska bra inte känner sig tillräckligt motiverad eller kan ha svårigheter att klara av denna moderna typ av insulininjektion flera gånger/dag. Om Din blodsockernivå och Din hälsa är mycket god så kan man tänka sig att fortsätta med långverkande insulin, det som påminner starkt om Zinkprotamininsulin är Ultratard. Det är sällan så att man uppnår bra blodsocker med långverkande insulin enbart utan oftast i kombination med snabb- eller kortverkande insulin. Om en bättre blodsockerkontroll behövs uppnås än den Du för närvarande har, kan man tänka sig att pröva en fast kombination av snabbverkande jämte medellångverkande insulin, som injiceras dels på morgonen, dels på kvällen. Det är möjligt att distriktsköterskor drar upp kvälldosen redan på morgonen. Jag har inte riktigt klart för mig om Du har problem att dra upp eller att injicera insulin eller bådadera. Sammanfattningsvis om Din blodsockerkontroll är god får man försöka att utbyta Zinkprotamininsulin mot Ultratard, om inte är det rimligt att pröva fast kombination (snabb-+medellångverkande insulin) på morgon och sannolikt också dessutom på eftermiddagen eller kvällen.

Jan Östman

Tiger för pengarna

Av Ulla Ernström

– Jag ska köpa en tiger för pengarna, säger Eva Andersson, Sörbärke utanför Sundsvall.

För andra året i rad går Boehringers Mannheims idrottsstipendium till en tjej från dessa trakter. Eva Andersson, kanotist, är plötsligt 30.000 kronor rik. Bara 16 år. Diabetiker sedan 1978.

Mats Linder, 30, slalomåkare från Skärblacka, får ett hedersomnämmande.

Eva Andersson tog emot beskedet om att hon, av 30 sökande, utsetts till årets stipendiat, med norrländskt lugn. Hon är en idrottande diabetiker som har utmärkt sig inom sin sport 1987, anses lovande, och sköter dessutom sin diabetes på ett föredömligt sätt.

Berodde Evas lugn på chocken eller är hon av den coola typen? Med tävlingsnerverna under kontroll.

– Jag hör nog till den lugna sorten, säger hon. Det tog en stund innan jag riktigt fattat att det är en rätt stor summa pengar jag kommer att få.

Hon har hunnit fundera litet på hur pengarna ska användas.

– Det blir en tiger. En ny kanot alltså. Kanottypen heter så och kostar omkring 12.000 kronor. Det är en mer tävlingsbetonad kanot än den jag har. Rankare, mer flatbottnad.

Tekniksport

Det var i somras det slog till för Eva. Vid SM i kanot i Nyköping blev hon svensk ungdomsmästare, vilket innebär att hon bland annat kom etta i K4, femma i K1 och trea i K2. För icke så bevandrade i kanotsporten kan vi berätta att siffrorna betyder att man är så eller så många i kanoten. Eva kom femma i ensamloppet och i fyrmanstävlingen, med elva meter lång kanot, blev laget etta.

Nej, Eva tycker inte det är svårt att kombinera diabetes med träning och tävlande. Det brukar visserligen vara svårt att få tag på riktig mat under tävlingar, men



Eva Andersson längtar till våren. Först i slutet av april får hon glida omkring på vattnet igen, då får bara inte isen ligga kvar längre. Därefter har hon tävlingar så gott som varje helg, fram till nästa mål, SM 1988.

Foto: Mats Olsson

Eva garderar sig och har något lagat med sig. Inte mackor, det vill hon inte ha. Möjligheter till att värma maten är sällsynta, det blir till att äta den kall.

I dagarna har Eva övergivit sin "gamla" tredos och gått över till insulinpenna och fyrdos. Äntligen fick hon sin vilja igenom. Insulinpennan verkade mycket enklare, tyckte hon. Men på sjukhuset i Sundsvall var man tveksam eftersom hon mådde så bra med tredos.

Eva gav sig inte, hon var envis, och nu är hon nöjd.

Varför denna udda sport? Fryser inte isarna till i Sörbärke?

– Jo, säger hon, så här i november är det för dåligt väder. Det är för kallt att sitta i kanoten. Men vi tränar ändå, springer och åker skidor. Man måste ha bra kondition och framför allt vara smidig för att kunna bli en bra kanotist. Jag behöver träna smidighet. Armstyrka är viktig, men kanot är mest en tekniksport.

– Det är kul med kanot och vi har en bra gemenskap i klubben.

Lura fler

För tre år sedan gled den första kanoten in i Evas liv, av en slump. Hon började hårdträna för ett år sedan. Resultaten i Nyköping förpliktigar och Eva har siktet inställt på SM i Lilla Edet nästa år.

– Jag har fullt upp med träning, flera gånger i veckan. Jag är stressad nästan jämt, för skolan ska hinnas med också. Går teknisk linje och ska kanske bli kemist.

Eva tränar helst med andra, i Fagerviks kanotklubb, men ganska ofta ensam, för det är dåligt med tillväxten i kanotsporten, i alla fall i den klubben.

– Vi måste försöka lura med några fler. Eva kommer inte ifrån ensamträning. Men det gör inget, säger hon, har sällan ont av känningar.

Eva omsvärmas nu av pressen och kommer att synas i många sammanhang. Kanske kan hon vara en inspirationskälla för andra diabetiker. Diabetes är inte något hinder för goda idrottsprestationer. Och kanske finns det hopp om kanotklubbens tillväxt när Eva gör reklam för den.

Landslagshopp??

Mats Linder, som nu sökte B-M stipendiet för andra gången, fick ett hedersomnämmande för sina prestationer. Han är diabetiker sedan 25 år och sedan några år helt utan syn. Ändå en slalomåkare i elitklass.

Mats praktiskt taget föddes i en slalombacke. Han bodde intill en i Norrköping och startade tidigt. Han har tränat och tävlat med smärre uppehåll och till slut lyckats få en plats i handikapplandslaget. Vid VM 1986 kom han fyra i störtlopp och sexa i storslalom.

– Vanlig slalom ingår inte för oss synskadade. Portarna sitter för tätt.

Mats ligger i träning året om, barmarks träning, kondition och styrketräning. Under den gångna hösten har han varit på tuff slalomträning i Österrike. Lite besvärligt på 3.000 meters höjd, med tunn luft. Men det gick bra och han känner sig i bättre form än någonsin. Hoppas på att bli uttagen till Handikapp OS i Innsbruck 1988. Mats ger sin flickvän en stor del av äran för sin formtopp. Hon tränar med honom, utom när det gäller själva skidåkningen, där har Mats en trogen inarbetad följeslagare.

– Helt klart är hedersomnämmandet jag fått en uppmuntran som sporrar mig. Blodsockervärdena ligger bra. Det är bara den första dagen på träningsveckorna det kan bli lite oordning. Men Mats har sedan länge en väl inarbetad vana

Kongress i Sydney 1988

Vem vill inte se sig om i världen? Chansen öppnar sig för intresserade att åka till den trettonde internationella diabeteskongressen, som hålls i Sydney, Australien, 20–25 november 1988.

Svenska Diabetesförbundet arrangerar en samnordisk resa till detta IDF's (International Diabetes Federation) stora evenemang där forskare från hela världen sammanstrålar och presenterar sina resultat.

Australien är långt borta och när man ändå lyckats komma dit kan det kanske vara idé att se sig vidare omkring och göra besök i närliggande länder. Vad sägs om en kanotfärd genom Borneos tropiska regnskogar? Eller ett besök i kontrasternas stad Kuala Lumpur? Thailand kanske? Researrangören har ett stort program med fyra olika resealternativ, olika långa både i tid och avstånd.

Information om kongressen kan kanslichef Berndt Nilsson på Svenska Diabetesförbundet ge. Adress: Box 5023, 125 05 Älvsjö, tel 08/81 04 90.

Information om själva researrangemangen erhålls genom Top Travel AB, Folkungagatan 92B, Box 4120, 102 62 Stockholm, tel 08/44 10 14. Därifrån kan broschyr om resealternativen och särskild anmälningsblankett rekvireras.



vid hur han ska hantera träning och tävling. Han ser till att ligga lågt innan tävling och matar på med druvsocker alldeles innan startskottet går. ■



Slalomåkaren Mats Linder får ett hedersomnämmande. Hans prestationer imponerade på juryn. Här ses Mats med sin ledsagare i backarna, Dag Jehrlander. Foto: Tomas Königson.

Juryn som utsåg Eva Andersson och Mats Linder består av Nils Hallerby, ordförande i Diabetesförbundet, Bengt Sevelius, VD Riksidrottsförbundet, Jan Östman, docent, samt två representanter från Boehringer-Mannheim.

Till Taxeringsnämnden!

Diabetes är en livslång sjukdom som kräver regelbunden livsföring. Cirka två procent av Sveriges befolkning har diabetes.

Modern diabetesbehandling vilar på fem hörnpelare: kost, insulin/tabletter, motion, instruktion och kontroll. Täta kontakter med sjukvården är en förutsättning för en tillfredsställande behandling. Diabetiker besöker läkare/sjuksköterska flera gånger per år.

MERKOSTNADER ...

Läkemedel och det mesta av det material en diabetiker behöver för att kontrollera sjukdomen är kostnadsfritt. Men alla diabetiker har trots detta betydande merutgifter varje år.

... FÖR MATEN ...

Det gäller i första hand för kosten. En riktigt sammansatt och näringsrik kost är av grundläggande betydelse i diabetesbehandlingen. I takt med högre matpriser och minskade subventioner har diabetikernas merkostnader ökat oroväckande.

... LÄKARBESÖK ...

Merkostnader i övrigt för diabetiker är kostnader för besök hos läkare, sjuksköterska eller dietist, vilket också kan ge merkostnader för resor.

... TANDVÅRD ...

Betydande merkostnader för tandvård är heller inte ovanligt eftersom det är belagt att tandlossning är tre gånger vanligare hos diabetiker än hos befolkningen i allmänhet. Försämringar i tandvårdstaxan ökar merkostnaderna.

... FOTVÅRD

Eftersom diabetes också kan ge komplikationer på underben och fötter är det viktigt med fotvård vilket också orsakar merkostnader.

Riksskatteverket har tagit hänsyn till dessa merkostnader och lämnat anvisningar om extra avdrag för väsentligen nedsatt skatteförmåga på grund av sjukdom mm.

Svenska Diabetesförbundet vill härmed framföra ovanstående synpunkter för att underlätta och ge taxeringsnämnden vägledning inför bedömningen av i vilken grad skatteförmågan är nedsatt.

Stockholm i december 1987
SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET
Stvrelsen

MOT EN BÄTTRE VÅRD

– Jag är positivt överraskad. Det var en konstruktiv anda över mötet och diskussionen var ovanligt bra. Ingenting av de personliga motsättningar som ofta dyker upp vid sådana här tillställningar.

Så sammanfattar Carl-David Agardh, docent från Lund, sina intryck från konferensen "Hur kan diabetesvården förbättras?"

En regntung oktoberdag i Folkets Hus i Stockholm. Från rikets alla hörn har de kommit, en gedigen samling diabetologer, för att slå sina kloka huvuden ihop. Avsikten är att stämma instrumenten inför det kommande arbetet med att ska-

pa ett handlingsprogram för diabetesvården.

– Vi ville först inventera vilka behov som finns på skilda håll i landet, säger Carl-David Agardh vid medicinkliniken i Lund. Därefter måste vi få fram riktlinjer för diabetesvården, med målsättningen att föra ut de moderna aspekterna till vårdpersonalen.

Symposiet ordnades i samarbete mellan Diabetesförbundet och Svensk Förening för Diabetologi, en nystartad sektion inom Svensk Internmedicinsk Förening. Även patienter deltog i debatten.

Ögonvården

Tillgängligheten, det vill säga när, var och hur kontakten med vårdpersonalen ska ske, lockade många till inlägg. Bland övriga frågor som togs upp väckte ögonvården stort intresse.

– Det visar sig att screening med synskärpebestämning och ögonbottenfotger bättre resultat än att undersöka patienten själv med oftalmoskopi, menar Carl-David Agardh.

Njurscreening med mikroalbuminuri och olika metodproblem i samband med detta diskuterades också, liksom det eventuella värdet av årskontroller och vem som i så fall ska ansvara för den. Varför inte diabetessköterskan? Något som alla kunde skriva under på var att diabetessköterskan bör få en specialutbildning, kanske i likhet med andra vidareutbildningar med tanke på vilka befogenheter hon har att utföra kvalificerat arbete.

Sorgligt

– Det är sorgligt och anmärkningsvärt att inte den förebyggande vården prioriteras av politikerna inför 90-talet, säger Jan Östman, ordförande och en av initiativtagarna till konferensen.

– Transplantationer, dialys och karskärpoperationer satsar man på, vilket i och för sig är lovvärt, men om man i stället byggde ut den förebyggande vården skulle många patienter inte behöva komma dithän, fortsätter han.

– Att vi samlas här i dag är helt unikt, menar Jan Östman vidare. Det är början till en process. Nu har vi samlat ihop metoder, behov och krav, som i vissa fall kan vara ganska provocerande.

– Nästa fas blir att sammanställa allt detta genom att arbetsgrupper tar tag i olika problem.

Och så småningom kanske vi får se ett förslag till bättre diabetesvård. ■

Bilaga nr

till

deklaration angående merutgifter för diabetes (sockersjuka) för år

Undertecknad yrkar härmed avdrag för väsentligt nedsatt skatteförmåga på grund av diabetes med sammanlagt kronor

Jag själv/min make/mitt barn har diabetes sedan

Specifikation av merutgifter:

Merutgifter för kosthållning kr

Tandvårdskostnader kr

Kostnader för läkar- och kontrollbesök kr

Fotvård kr

Resekostnader kr

Övrigt kr

Summa merutgifter per år kr

..... den 1987

Underskrift

SE HIT ALLA HURTBULLAR!

Ska du åka VASALOPPET 1988? DIABETES vill komma i kontakt med någon, tjej eller kille, dam eller herre som trotsar sin diabetes och tänker ta sig i mål i Mora.

Vi tänker försöka bevaka färden för ett reportage i tidningen under motionsåret 1988.

Kontakta redaktionen om du vill vara med! Tel: 08/81 04 90, eller skriv till: Tidningen Diabetes, Box 5023, 125 05 Älvsjö.

FÖRÄNDRINGEN.



Den första april 1987 infördes 100 IE insulin. Mycket förändrades.

Starkare insulin. Mindre doser. Nya mått. Och nya sprutor.

Nya tidens insulinsprutor är graderade i IE/ml, dvs Internationella Enheter per milliliter. Ofta används den engelska termen "units" istället för "enheter". Insulindosen ordineras i IE. Motsvarande mängd dras upp i sprutan — direkt i enheter.

B-D insulinsprutor har förändrats. De är nu sprutor för 100 IE insulin. Med nya skalor. **B-D** 2 ml Insulinspruta har försvunnit. **B-D** 1 ml Insulinspruta har blivit en 100 enheters spruta. Och **B-D** 0,5 ml MINI-DOS har blivit en 50 enheters insulinspruta.

Alla sprutorna har fast Micro-Fine III-kanyl, bara 0,36 millimeter tunn och 13 millimeter lång. De är sterilt säkrade med kanyl- och kolvskydd.

Hjälpmedel till sprutorna finns givetvis kvar. **B-D** Doseringslås och **B-D** Förstoringsglas passar lika bra för de nya 100 IE sprutorna som för de tidigare.

Övergången till 100 IE insulin förändrar mycket. Men vissa saker förändras inte alls. B-D behåller initiativet. Vi fortsätter att kontinuerligt utveckla och utvecklas. För att göra det lite lättare för de som behöver ta insulin.



INSULIN
100



Box 32054, 126 11 Stockholm, tel. 08-18 00 30

**BECTON
DICKINSON**

Diabetesdagar om insulin och psykologi

"Insulinfrågan" har dominerat när dagspressen refererat Diabetesdagen. Många tidningar har tagit upp riksfriskåringsverkets förslag om att avgiftsbelägga insulinet. Temat psykologi har inte varit lika framträdande, kanske beroende på att det är svårare att få grepp om. Men vi kan återge några psykologiska "klipp".

Diabetiker på informationsdag

"Viktigt med helhetssyn"

Länsföreningen i Jönköping hade engagerat diabetessjuksköterskan Ulla Ahlin från Huddinge sjukhus där diabetesvården bedrivs i vårdlag. Det är ett sätt att arbeta på som det är önskvärt att få genomfört på fler håll i landet än vad som idag är fallet.

Krav på diabetesdagen:

Vi måste få behålla våra fria mediciner



SVENSKA DIABETES
FÖRBUNDET

Svenska Diabetesförbundet

Box 5023

12505 Älvsjö

Tel 08/810490, KI 10-12, 13-15

Kanslichef: Berndt Nilsson

Förbundsordförande:

Nils Hallerby

Verdandigatan 3

11424 Stockholm

Tel 08/101392

- I Huddinge arbetar vi i vårdlag där läkare, diabetessköterska, dietist, foterapeut och psykolog ingår. Patienten kan få träffa psykologen om det behövs, säger Ulla Ahlin till Smålands Folkblad.

Vi citerar Urban Myrdal, barnläkare på Centrallasarettet i Västerås och huvud-

Diabetiker behöver psykologiskt stöd

talare vid Diabetesdagen i Västerås.

- Forskningen om diabetes har rönt stora framsteg. Det är mycket lättare att vara diabetiker idag än för tio år sedan. Men bortglömt och undanskuffat är engagemanget för hur diabetiker mår och hur de lärt sig att anpassa sig till sin sjukdom, säger han, enligt Vestmanlands läns tidning.

Att Diabetesdagen i Lidköping var ett välbesökt evenemang framgår av ett reportage i Nya Lidköpings-Tidningen. Föreningen lyckas få fram hur viktigt det är att diabetikerna får behålla det fria insulinet, den psykologiska aspekten på diabetes tas också upp. Vårdlärare Karin Gustavsson, Skövde, pratade psykologi.

- En nybliven diabetiker ställs inför en rad frågor. Att leva med sjukdomen kan innebära en total omställning. Då måste naturligtvis vi inom sjukvården ställa upp. Men glöm inte att vi alla kan hjälpa till. Diabetikerna kan ge varandra stöd och utbyte av erfarenheter, sa hon.

Insulinnytt

Regeringen skjuter frågan om avgiftsbelagt insulin framför sig. Någon proposition på läkemedelsutredningens betänkande kommer inte förrän i slutet av 1988 eller något senare. Den upplysningen gav biträdande socialminister Bengt Lindqvist när HCKs styrelse, där diabetesförbundets kanslichef Berndt Nilsson ingår, uppvaktade honom och statsminister Ingvar Carlsson den 20 november 1987. Det betyder att regeringen inte tar ställning i "insulinfrågan" förrän efter valet.

Förbundsrådet 1988

Datum för Svenska Diabetesförbundets förbundsråd 1988 är ändrat. Gällande tidpunkt är 23-24 april.

Beklagar beslut

Medicinförbunden har antagit ett uttalande där vi beklagar SRFs beslut om utträde ur HCK:

"Vid Synskadades Riksförbunds kongress beslöts att SRF lämnar Handikappförbundens Centralkommitté, HCK, den 1 juli 1989.

Vi beklagar detta beslut, som inte gagnar ett konstruktivt och positivt samarbete mellan handikapporganisationerna inom HCK.

Vi representerar förbund med tillsammans över 130.000 medlemmar, och som under lång tid arbetat inom och för HCK. Vi har samtliga, efter våra resurser, satsat såväl personellt som ekonomiskt på att främja HCK-samarbetet. Vi har alla godkänt HCK:s principprogram och stadgar, vilket är en av förutsättningarna för ett medlemskap i HCK. Vi har därför en god uppfattning om vad vi vill att samarbetet i HCK skall leda fram till. Vi har också en god uppfattning om vad det innebär att vara handikappad och att arbeta ideellt inom en handikapporganisation.

Vi är övertygade om att solidariteten mellan HCK:s medlemsförbund ytterligare kan förstärkas under förutsättning att kunskaper om de olika funktionsnedsättningarna och de svårigheter dessa medför i den dagliga livsföringen sprids bland medlemsförbunden. Det behövs också en positiv inställning till samarbetet, som innebär ett givande och ett tagande, och där olika uppfattningar ses som en stimulans i olika ställningstaganden.

Vi beklagar än en gång SRF:s ställningstagande."

Miljonen fördelad

1987 års forskningsanslag, en miljon kronor, har fördelats på 82 olika forskningsprojekt inom olika diabetesområden.

Kvarts vårdbidrag

En av de förändringar regeringen föreslår i socialförsäkringarna berör handikappade barn och deras föräldrar. Förslaget är att kvarts vårdbidrag införs från den 1 juli 1988. Riksdagen förväntas fatta beslut den 16 december 1987.

Uppvaktning om körkort

I oktober uppvaktade Nils Hallerby och Berndt Nilsson departementsrådet Claes Tjäder på kommunikationsdepartementet. Motivet var att underlätta och förenkla diabetikernas körkortssituation och det var framförallt två huvudfrågor som diskuterades, läkarintygsförfarandet vid körkortsinnehav och diabetes och C-behörighet.

Tidpunkten för uppvaktningen var anpassad till att departementet nu håller på med att utarbeta förslag till en allmän trafikpolitisk proposition som regeringen avser att lägga under våren.

Föråldrad syn

När det gäller läkarintygsförfarandet framhöll diabetesförbundet att den regel som nu gäller, att diabetiker skall lämna intyg på både sin medicinska situation och sin ögonbottenstatus vartannat år efter tio års diabetesduration var föråldrad med hänsyn till dagens behandlingsmetoder. Dels har diabetesvården förbättrats avsevärt, dels har

Höllviken säljs

Sommaren 1987 blev diabetikernas sista i Höllviken. Svenska Diabetesförbundet har beslutat sälja sina semesterstugor i Höllviken i Vellinge kommun i Skåne. Skälen är flera. Bland annat ska en stor motorväg dras fram alldeles i närheten av tomten. Dessutom anser förbundet att den nödvändiga upprustningen skulle bli alltför kostsam.

nya behandlingsmetoder som fotokoagulation och vitrektomi kommit, vilket medför att betydligt färre diabetiker behöver få en så allvarlig ögonskada att det förhindrar bilkörning. Vidare belastar intygsförfarandet en redan hårt belastad sjukvård.

Frågan om diabetikers rätt att köra lastbil har varit en stor diskussionsfråga i medlemsleden. Nuvarande regler medger ej diabetiker rätt att köra lastbil oaktat att han ägde den rätten före körkortsreformen 1983. Vid kontakter som förbundet haft med socialstyrelsen tidigare i frågan har framkommit att man inte har varit beredd att tillåta C-behörighet för diabetiker. Problemet är att det finns många diabetiker som i sitt arbete har behov av att köra något lättare lastbilar, så kallade distributionsbilar. – Förbundet har därför lanserat tanken att höja viktgränsen för B-behörighet, det vill säga vanligt bilkörkort. Detta skulle

medföra att du som diabetiker även kunde arbeta som chaufför i närtrafik.

Bevakas

Departementsrådet, och en representant från socialdepartementet, visade förståelse för förbundets synpunkter och hade egentligen inget att invända emot dem. Han talade om att propositionen var under utarbetande och att dess totala innehåll ännu inte var bestämt. Han sa sig dock kunna konstatera att de krav som förbundet ställde på förändringar krävde en ändring av nu gällande lagstiftning och måste alltså beslutas av riksdagen. Något bestämt löfte om ett regeringsförslag med den inriktningen förbundet önskade kunde naturligtvis inte ges, men förhoppningsvis kan det komma med i förslaget. För diabetiker gäller det nu att bevaka de förslag kommunikationsdepartementet lägger under våren, lagom till valrörelsen.

Femman och sexan om diabetes

Nu kan du rekvirera diabetesförbundets tre senaste broschyrer om diabetes. *Nr 5 är Diabetes och graviditet*, författare docenterna Bengt Persson och Ulf Hanson, Stockholm. *Nr 6 heter Insulinbehandling – möjligheter och begränsningar*, där står docent Göran Blohmé, Göteborg, för manus.

Båda broschyrerna omfattar 16 färgsidor. Pris 5 kronor per exemplar. Mängdrabatt ges. Den som önskar enstaka exemplar kan skicka in beställning med betalning i frimärken till Svenska Diabetesförbundet, Box 5023, 12505 Älvsjö.

I Svenska Diabetesförbundets skriftserie har tidigare utgivits *Nr 1* Det diabetiska ögat, *Nr 2* Den diabetiska njuren, *Nr 3* Fina fötter, *Nr 4* Vad är diabetes?

Insulin, kärlek och omvårdnad, Sagan om Anna, 12 år, berättad av Johnny Ludvigsson, professor i Linköping, finns också som broschyr. Pris fem kronor. Mängdrabatt utgår. Beställes som ovan.



24.12.1987 – 6.1.1988

håller Svenska Diabetesförbundet sitt kansli

STÄNGT



Tidskriften Diabetes

ber att få tillönska sina läsare

**GOD JUL OCH
GOTT NYTT ÅR**

KORT OM DIABETES

Insulin i flygande fläng

Vi kan här återge en sann historia som visar att det finns utrymme för enskilda personers initiativ, snabba beslut och förverkligande. Synapsen, tidning för anställda inom Stockholms läns landstings nordvästra sjukvårdsområde, berättar om att byråkratin kanske inte har lamslagit så som vi ofta tror.

Det var alltså en sjuksköterska från Beirut som gästade Landstingets undervisningscentrum för diabetes på Karolinska sjukhuset. Strax innan hon reste tillbaka frågade hon vad det skulle bli av det "gamla" insulin 40 IE, skulle det kasseras? Väl hemma postade hon ett brev, detta var på försommaren, till endokrinologiska kliniken och berättade om hur priserna på medicin hade fördubblats på några månader. Många patienter hade inte råd att skaffa insulin och sprutor.

Då satte "apparaten" igång. Sjukhusdirektören kopplades in, apotekschefen vid Karolinska apoteket skänkte insulinet och föreståndaren för sterilcentralen lämnade de överblivna sprutorna. Transportkostnaderna lovade ordföranden i sjukvårdsstyrelsen att Karolinska sjukhuset skulle stå för. Allt packades i flygande fläng och en tjänsteman på libanesiska ambassaden satte stämpel på sändningen. I slutet på juli anlände bekräftelse på att sändningen kommit fram. Insulinet motsvarar cirka 22 människors behov under ett år.



En sändning av överblivet "gamla" insulin har kommit till nytta för diabetiker i Beirut genom en snabb och obyråkratisk handläggning.

Tio gånger för hög dos

Två fall där patienterna fått för hög insulindos av misstag har rapporterats under hösten. En kvinna i Kalmar fick en tio gånger för hög insulindos och fallet blir föremål för socialstyrelsens utredning.

Det var en vikarierande undersköterska på en vårdcentral som besökte en patient i hemmet och uppfattade att det stod 51 IE på den handskrivna lapp där doseringen var angiven. Det rätta var 5 IE.

Patienten tog ingen skada av det inträffade, men i en anmälan till socialstyrelsen anger chefsläkaren att rutinerna vid introduktion och uppföljning av ny personal måste stramas upp. Samtidigt noterar han dock att rutinerna fungerat tillfredsställande tidigare, den enda feldoseringen under det tiotal årdå ett 40-tal patienter fått sin insulin dagligen är denna.

En liknande händelse inträffade i Stockholm, där en sjuksköterska läste fel och gav en 20-årig patient 40 IE istället för 10 IE, hon hade läst fel. Patienten drabbades av insulinchock. Glukosdropp sattes in och patienten återhämtade sig nästa dag. Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsnämnd ger sjuksköterskan en varning för försumlighet.

Kvällsmat på schemat

Typ 2-diabetiker får ofta dålig information om sin sjukdom och kan därför vara svåra att motivera för egenvård och självtester.

För att nå denna grupp har Stor-Stockholms Diabetesförning genomfört en kurs för diabetiker med cirkulatoriska problem. Syftet med kursen var att lära patienterna att förstå sambandet mel-

lan behandling och hur de mår. Varför är det viktigt att röra på sig? Meningen med självtester, hur man förebygger fotskador och hur man lagar ett bra kvällsmål är exempel på programpunkter som de 19 kursdeltagarna fick diskutera.

– Vi ska följa upp de här patienterna under en tid framöver, berättar Monica Rejment på Stor-Stockholmsförningen. Vi vill se om kursen haft effekt så att deras cirkulation förbättrats.

NYA PRODUKTER

Söt sylt utan vanligt socker

Nu kommer en ny aspartamsötad sylt och marmelad, Heistad Light. Apelsin- och aprikosmarmelad, jordgubbs-, hallon- och lingonsylt är de olika smakerna och här intill visar vi hur burkarna ser ut.



Fanta Light här

Raden av light-drycker sötade med aspartam ökar ständigt. Nu är det dags för Fanta Light, apelsinläskan, att börja tävla om de törstigas gunst. Tre olika förpackningar finns att välja mellan: 33 cl på burk eller flaska, samt 1½ litersförpackning.

För påsdialys

En ny spruta utan kanyl har nu fått klartecken från Handikappinstitutet. Den heter Spar-Pack, tillverkas av Dartec-Diabetes AB och är främst avsedd för patienter med påsdialys.

Graviditetsbroschyr

Nummer fem i Svenska Diabetesförbundets skriftserie, "Diabetes och graviditet", har kommit. Skriften innehåller en mängd fakta om vad som händer med diabetessjukdomen vid en graviditet. Förutsättningarna är idag mycket goda för en kvinna med insulinkrävande diabetes att genomgå en graviditet och få ett friskt barn. Behandling, kost, hur

fostret påverkas mm tas upp i broschyren. Manusförfattare är docent Bengt Persson, S:t Görans sjukhus, Stockholm, och docent Ulf Hanson, Karolinska sjukhuset, Stockholm. Teckningarna (färg) står Studio Frank, Stockholm, för. "Diabetes och graviditet" kan beställas från Svenska Diabetesförbundet, Box 5023, 12505 Älvsjö, tel 08/81 04 90. Pris 5 kronor. Mängdrabatt.

Vad är det i maten?

Alla som vill äta klokt får nu hjälp i en ny bok av Ulla Sahlén. Den heter "Vad är det i maten?" och är till stor hjälp för den som vill veta hur mycket energi och näringsämnen olika ättfärdiga portioner innehåller. Vanligtvis är maten annars näringsberäknad per 100 gram.

I tabellform finns också fakta om fiber, fett- och vattenlösliga vitaminer tex. Boken är utgiven på ICA-förlag i Västerås och kostar 85 kr.



NOVO

NovoPen[®] har fått tillökning

NovoPen, den nya insulinsprutan, har konstruerats för att på ett enkelt, bekvämt och säkert sätt ge insulin. Förutom måltidsinsulin (snabbinsulin) finns nu även medellångverkande insulin av olika typ till NovoPen. Då Du ger Ditt insulin med NovoPen slipper Du besväret med flaskor, sprutor och uppdragning av insulin. Med NovoPen byter Du insulinampull var 4:e till 7:e dag beroende på dosens storlek.

Enkelt
Bekvämt
Säkert

NOVO INDUSTRI AB
Box 69, 201 20 Malmö.
Telefon 040-18 11 40.



NovoPen OCH KANYLER TILL NovoPen ÄR KOSTNADSFRIA HJÄLPMEDEL.



Posttidning. Vid obeställbarhet returnera till Svenska
Diabetesförbundet, Box 5023, 125 05 Älvsjö.
Vid adressändring – notera nya adressen och sänd in
hela övre delen av sidan till förbundet.

Ny adress

Nytt postnr Ny postadress

Doseringssäkra insulinpennor.

*Insuject och Insuject-X
med kanyler är
kostnadsfria hjälpmedel.*



Doseringssäkerheten var det grundläggande kravet bakom Insuject för snabbinsulin och Insuject-X för NPH-Insulin. Därför var det självklart att utgå från en enhet 1 IE vid val av doseringsteknik. Resultatet har blivit en praktisk vridmekanism som ger 1 IE per snäpp.

Att rätt dos injicerats säkerställs bl.a. av minnesfunktionen. Man kan också lätt kontrollera hur mycket insulin som finns kvar i cylinderampullen genom att skjuta tillbaka pennans bakstycke.

Insuject-X är lätt att känna igen. Det tydliga fönstret både syns och känns. Det är lätt att kontrollera att suspensionen är väl blandad. Detaljerade anvisningar finns i förpackningen. Det är också lätt att skilja de båda pennorna åt även för synsvaga patienter.

Tack vare den säkra konstruktionen och lätthanterligheten är Insuject och Insuject-X värdefulla hjälpmedel för att nå en bra metabol kontroll och ge god komfort.



Nordisk Gentofte

Nordisk Gentofte Sverige AB
Box 942, 251 09 Helsingborg, tel. 042-10 44 00

Insuject

– den doseringssäkra insulinpennan.