

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 2 1988

DIABETES



SVENSKA DIABETES
FÖRBUNDET



BIOMEDICINSKA
BIBLIOTEKET



UR INNEHÅLLET:
Växla in på flera spår Sid 8
Piruetter på ett hjul Sid 16
En omgång med datorn Sid 34

Jonas Prütz, elitgymnast Göteborgs Turnförening



Min Glucometer II är lika självklar för mig som bra halkskydd i händerna

För mig som tränar tufft och utsätter mig för starka fysiska påfrestningar är det särskilt viktigt att kunna få snabba och pålitliga blodglukosvärden. Just minnesfunktionen hjälper mig att se hur mina värden påverkas under längre träningsperioder.

Glucometer II + Glucostix + MiniLancet = Snabb och säker blodglukosmätning.

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

Glucometer II ger mig många fördelar:

- Snabba och säkra svar på bara 50 sekunder
- Bekväm hantering, det är lätt att applicera bloddroppen. Känns särskilt bra efter ett hårt träningskör
- En liten, diskret men robust apparat som tål lite hårdhänt hantering
- Enkel kalibrering utan krångel med kalibreringsremсор
- Minnesfunktion med hela 26 blodssockersvar bakåt
- 2 års garanti

Ja tack, sänd mig . . . st Glucometer II med minne mot postförskott 795:- inkl. moms, frakt och postförskottsavgift

Ja tack, sänd mig . . . st Glucometer II utan minnesfunktion mot postförskott 750:- inkl. moms, frakt och postförskottsavgift

Namn _____

Adress _____

Postnr _____

Postadress _____



LEDAREN

Gör vi vad vi kan?

"Det behövs en intresseförening, som tar tillvara de svårt sjukas intressen. Vi har villaägarna, hyresgästerna, lantbrukare med flera som har sina föreningar. Varför inte också sjuka och döende?"

Uttalandet gjordes av professor Jerzy Einhorn, chef för Radiumhemmet vid Karolinska sjukhuset i en intervju i Expressen i mitten av mars. Uttalandet är uppseendeväckande inte minst ur en synpunkt: Jerzy Einhorn glömmet helt handikappförbundet i det här sammanhanget och inte minst medicinförbundet. Är våra insatser av så ringa slag, att de inte uppmärksammas ens av sjukvårdens egna företrädare? Eller är det så, att vi ägnar så mycket tid och kraft åt våra egna "detaljer" i sjukvården, att vi glömmet grundförutsättningen, nämligen att slå vakt om att den specialiserade sjukvården får tillräckliga resurser?

För att diabetesvården skall fungera, för att reumatikervården skall finnas och för att alla dessa livslånga sjukdomar skall ha sina specialiserade vårdresurser, krävs att man också bevakar sjukvårdens hela andel av den offentliga sektorn. Liksom det är viktigt, att man ser till att den slutna vården inte får stå tillbaka och förlora anslag i kampen med vårdcentraler och ganska lösligt målformulerad förebyggande vård.

Här har de medicinska handikappförbundet en gemensam uppgift, som inte minst är viktig nu, när svenska folket om några månader skall välja nya landstingsmän eller omvälja de gamla. Ställer vi verkligen kraven tillräckligt envetet? Kräver vi outtröttligt besked om landstingsledamöternas inställning på dessa punkter? Eller nöjer vi oss bara med de allmänna välvilliga uttalandena, som inte förpliktar till något?

Om det sista skulle vara sant, ja, då är det förklarligt om även en professor som Jerzy Einhorn glömmet bort de sjukas redan förefintliga intresseorganisationer, de medicinska handikappförbundet. Det finns därför anledning att vi tillsammans träffas, inte minst på länsplanet, och tar diskussioner med landstingskandidaterna inför valet i höst.

Nils Hallerby
Förbundsordförande

OBSERVERAT

Max en månad

Insulinet håller faktiskt bara en månad. Det påpekar en apotekare i Bohuslän, sedan hon flera gånger upptäckt att diabetiker använder insulin som är för gammalt. I samband med att det nya, mer

koncentrerade insulinet införts kanske många frestas att spara flaskorna längre. Men då riskerar man att dess verkan upphör.

En varningstext på alla flaskor kommer så småningom att finnas i takt med att apoteken överför sina rutiner på data.

DIABETES



Nr 2 1988.

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 0490

Postgiro: 481 31 35-3

Insamlingspostgiro: 900 901-0

Prenumerationspris: 100:-

Layout: Grey Halmstad

Omslagsfoto: Hans Runesson

Tryck: Tryckmedia AB, Halmstad

Utges även som taltidning.

Eftertryck förbjudet utan skriftligt medgivande från redaktionen.

INNEHÅLL

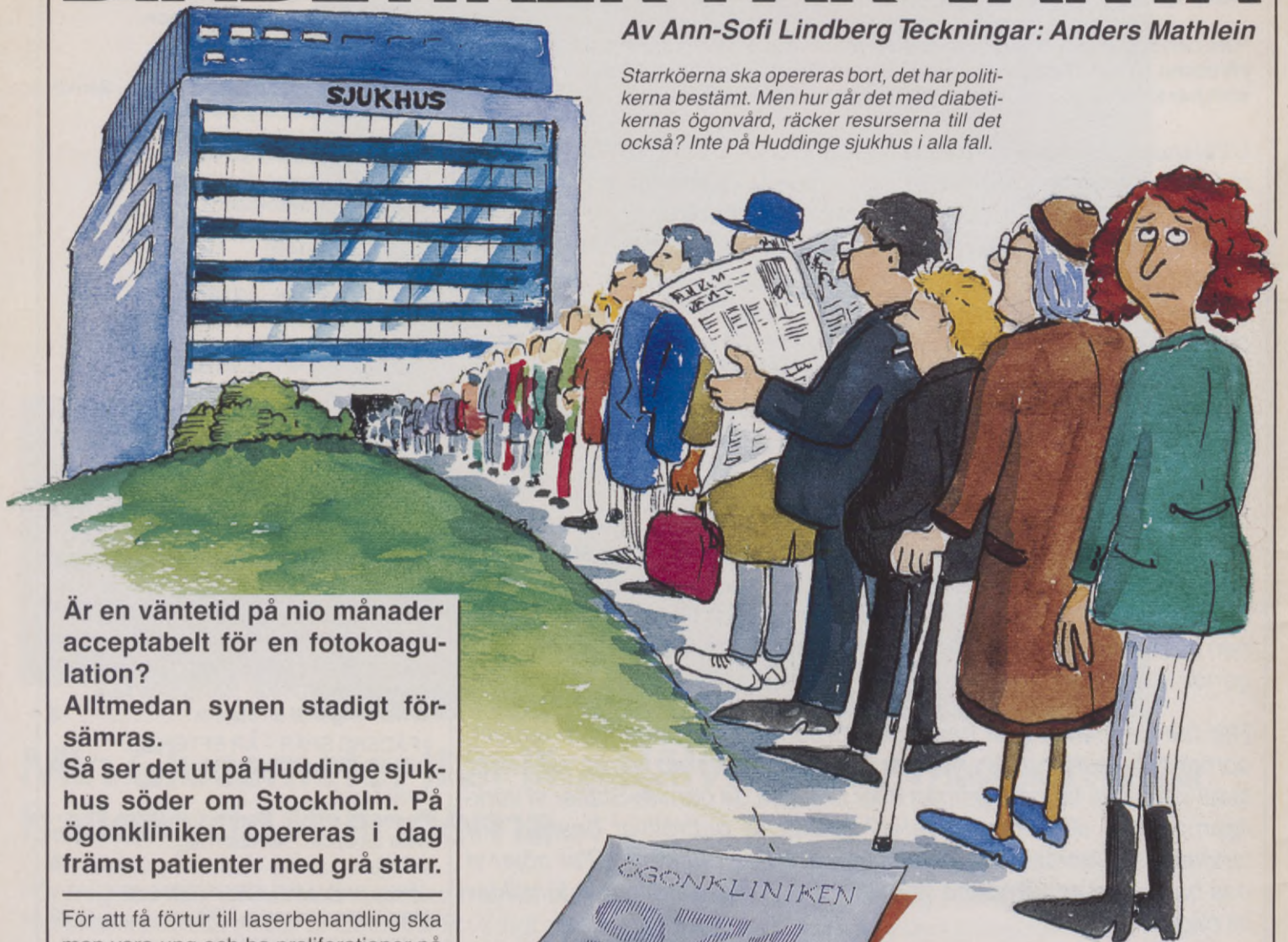
DIABETIKER FÅR VÄNTA. Satsning på starr riskerar diabetesögonvården	4
VÄXLA IN PÅ FLERA SPÅR. Docent Folke Lithner, förespråkar flera behandlingsmål än dagens.	8
I FÄDERS SPÅR – ÅR EFTER ÅR. Diabetiker åker sitt 27:e Vasalopp	12
UNG I DAG. Piruett på ett hjul. Dennis från Växjö gillar att cykla. Fast utan ram och styre	16
JÄKLARANAMMA GER MEDALJER. Mats Linder lyckades i OS	20
AKTUELL FORSKNING. Lär dig injicera i underhudsfettet! Nya rön om injektionsteknik	22
MOT LJUSA VARMA TIDER. Fast på Valborg värmer vi oss med oxsvanssoppa	24
TJEJER HÅLLER STILEN – SPRINGER HELA MILEN. Lalla Lindström har sprungit tjejmilen..	28
VETERANEN. Ny doktor förändrade livet	32
EN OMGÅNG MED DATORN. I Kungälv prövas nya grepp	34
RUTINOPERATION SLUTADE I KATASTROF. Patient dog efter pancreas- transplantation	36
HJÄLPMEDLET. Om svåråtkomliga remsor och trasiga pennor	42
KVARTSDEL KLUBBADES INTE PÅ EN KVART. Utredningssekreterare Maud Wikström redogör för vad som händer på de sociala områdena	44

Satsning på starr

DIABETIKER FÅR VÄNTA

Av Ann-Sofi Lindberg Teckningar: Anders Mathlein

Starrköerna ska opereras bort, det har politikerna bestämt. Men hur går det med diabetikernas ögonvård, räcker resurserna till det också? Inte på Huddinge sjukhus i alla fall.



Är en väntetid på nio månader acceptabelt för en fotokoagulation?

Alltmedan synen stadigt försämras.

Så ser det ut på Huddinge sjukhus söder om Stockholm. På ögonkliniken opereras i dag främst patienter med grå starr.

För att få förtur till laserbehandling ska man vara ung och ha proliferationer på näthinnan, det vill säga kärlnybildningar som lätt brister. Då kan man få en tid inom sex veckor.

För litet äldre diabetiker och de med lättare ögonskador är det värre.

– För ett år sedan var väntetiden tre månader, säger docent Magnus Gjötterberg på ögonkliniken vid Huddinge sjukhus. Våren -87 var vi uppe i ett halvårs kö och nu är situationen helt oacceptabel med nio månaders väntetid.

– Politikerna vill satsa på katarakter, alltså grå starr. Det är sagt att vi ska operera bort dessa köer och vi har också fått pengar för det. Men då borde vi satsa på en ny tjänst för att hinna med det växande behovet och det ordnar man inte i en handvändning, fortsätter doktor Gjötterberg.

– Det tar tid att få tag i, anställa och dessutom utbilda en ögonkirurg och därför går pengarna tillsvidare till utrust-

ning och nya linser. Och vi läkare hinner inte operera...

Starr kan vänta

För en patient med grå starr spelar väntetiden ingen roll för resultatet av operationen. För en diabetiker kan den bli ödesdiger. Sjukdomen är nämligen progressiv och förändringarna i ögonbotten oåterkalleliga.

På senare tid har ögonläkarna blivit mer och mer uppmärksamma på en speciell typ av förändring hos de äldre diabetikerna. Den kallas maculopati och drabbar gula fläcken, alltså platsen för det tydliga seendet. Obehandlad ger denna

förändring till slut ett skadat läsesenande, men den är ofta möjlig att behandla.

– Den här gruppen är en växande del av våra köer, berättar Magnus Gjötterberg. Vissa av dessa patienter ska ha vård redan innan synskärpan påverkats!

Han tror att en förklaring till att ögonkliniker på många håll ute i landet inte upplever samma problem som Huddinge är att ögonläkarna där är mer "all-round". De uppfattar inte diabetesretinopatin som ett område att speciellt intressera sig för.

– De nya operationsmetoderna vid grå starr gör väl att det är mer spännande att syssla med katarakter också, förmodar han.

Inte lika dystert

DIABETES har vid en rundringning till några andra ögonkliniker ute i landet inte funnit samma dystra förhållanden

som vid Huddinge sjukhus.

I **Lund** har kataraktvården fått ökade resurser, dock inte på bekostnad av diabetesögonen. Det understryker Elisabeth Agardh, docent vid ögonkliniken på Lunds lasarett.

– Vi har lyckats organisera diabetesvården tillfredsställande, menar hon. Just nu ligger vi fint i fas och har inga egentliga väntetider. För oprioriterade laserbehandlingar är den några månader.

– Vi har också ett bra samarbete med medicinläkarna, något som är viktigt för våra diabetiker, säger hon.

Lars Weijdegård är överläkare på ögonkliniken vid **Falu lasarett**. Han är i stort sett nöjd med vården av typ 1-diabetiker, men önskar att även typ 2-diabetikerna kunde ingå i screeningssystemet. Det betyder att första ögonbottenfotot tas vid debuten, sedan efter fem år och därefter vartannat år om förändringarna i ögonbotten inte kräver tätare kontroller.

Typ 2 för dyr

– Tyvärr kostar det för mycket att ta med typ 2-diabetikerna i det här systemet, menar han. För dem finns inga fasta rutiner utan det varierar.

Även här har katarakterna fått mera pengar, dock utan att inkräkta på diabetikernas ögonvård, enligt doktor Weijdegård.

– Köer ska vi inte ha och det har vi inte heller, säger Jörgen Villumsen, läkare

vid ögonkliniken på regionsjukhuset i **Umeå**. Visserligen har katarakterna fått öronmärkta pengar, men även diabetikerna har fått mera resurser, säger han. – Problemet är att få fram diagnosen för typ 2-diabetikerna. När patienten väl kommit in i systemet kontrolleras hon vid behov, från fall till fall.

– För de insulinberoende diabetikerna sker kontrollen vartannat år från debuten och tio år framåt, sedan varje år.

Vanliga patienter i kläm

Liknande förhållanden tycks råda vid lasarettet i **Östersund**. Cecilia Liljedahl vid ögonkliniken berättar att de patienter som kommer i kläm på grund av underbemanning och ökad satsning på grå starr är helt vanliga patienter, alltså inte diabetiker i första hand. Någon väntetid för laserbehandling finns inte, högst sex veckor.

– Det vore bra om distriktsläkarna kunde komma hit och lära sig hur äldre diabetikers ögon bör kontrolleras och behandlas, säger hon. Men var tar man vikarier till dessa läkare?

"Rena idyllen". Så beskriver Jack Bergen, bitr överläkare vid ögonkliniken i **Karlskrona**, den vård som diabetikerna får där.

Lättare med få själar

– Vi har ett litet upptagningsområde, förklarar han, med bara 155.000 själar. Då är det lättare att till exempel bedriva

uppsökande verksamhet, något som vi gjort sedan 1984. Och att få ett bra samarbete med medicinkliniken.

Varje åldersdiabetiker får sina ögonbottnar fotograferade vart tredje år, rutinemässigt. För typ-1-patienterna gäller att om man är under tio år vid debuten kontrolleras man efter fem år, sedan efter två och därefter varje år. Patienter som fyllt tio år vid debuten fotograferas varje år.

– Jag vill gärna hälsa alla diabetiker att inte bli förskräckta om de får en kallelse till ögonkliniken om laserbehandling till exempel. Många tror att detta är en dom och tänker "nu blir jag blind". Så är det ju inte alls. ■

Vems ansvar?

För några år sedan tilldelade hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd en läkare en erinran för att han "åsidossatt sin skyldighet att meddela patienten den behandling som hennes tillstånd erfordrade".

Patienten, som var i tjugofemårsåldern, hade sökt för nedsatt synskärpa och det visade sig att hon hade proliferativ retinopati på grund av sin diabetes. Utlovad behandling blev inte av och först efter ett år blev hon fotokoagulerad. Då var det försent – synen på ena ögat gick inte att rädda. Ansvarsnämnden ansåg att den behandlande läkaren var ensam ansvarig till det som hänt på grund av bristande kontroll över patienten.

Intressant är att nämnden var oenig om **vem** som egentligen skulle lastas. Flera ledamöter menade att det i stället var sjukhusets bristande resurser som var orsaken till det inträffade. Långa väntetider samt en anhopning svåra fall gjorde att patienten inte sattes upp på förtur. Det är egentligen klinikledningen och inte den enskilde läkaren som ska ställas till ansvar, menade de.

Hur är det med ögonvården där du bor? Hur länge sedan var det du själv fick ögonbottnarna fotograferade? Skriv och berätta! Diabetesförbundet måste väcka opinion i den här frågan.

Örebroläkare:

– Vi hamnar i bakvattnet

– I dag har diabetesögonvården kommit i skymundan av kraven på resurser till alla katarakter. Patienterna och vi som arbetar med det här tycker oss hamna i bakvattnet.

Inger Dedorsson är läkare vid ögonkliniken på regionsjukhuset i Örebro. Där har man lång klinisk erfarenhet av diabetisk ögonvård. Hon berättar att många äldre patienter redan vid insjuknandet i diabetes har en långt gången skada på näthinnan, så kallad proliferativ retinopati.

– Eller också har de fått synen försämrad av svullnad i gula fläcken, diabetisk maculopati, tillägger hon.

– Därför är det så viktigt att alla som sköter grundsjukdomen också ser till att pa-

tienten remitteras till exempelvis ögonkliniken. Detta gäller faktiskt även barnläkarna. Nya studier visar att det är vanligare än man trott att även barn får förändringar i ögonbotten. Och en del av dessa går att laserbehandla på ett mycket tidigt stadium.

Med hjälp av fotoscreening har man i Örebro lyckats få in både medicinkliniken och vårdcentralernas diabetiker i kontrollsystemet. Typ 2-diabetiker som insjuknar efter 30 års ålder får ögonen kontrollerade vartannat år.

– Vi har påtalat för våra politiker att diabetesretinopati är en progressiv sjukdom som kräver omedelbar vård. När det gäller ögonvården tror jag att det finns stora skillnader ute i landet, beroende på hur medvetna de lokala beslutsfattarna är om problemet, säger doktor Dedorsson. ■

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 Kungsbacka. 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 rekvirera 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.

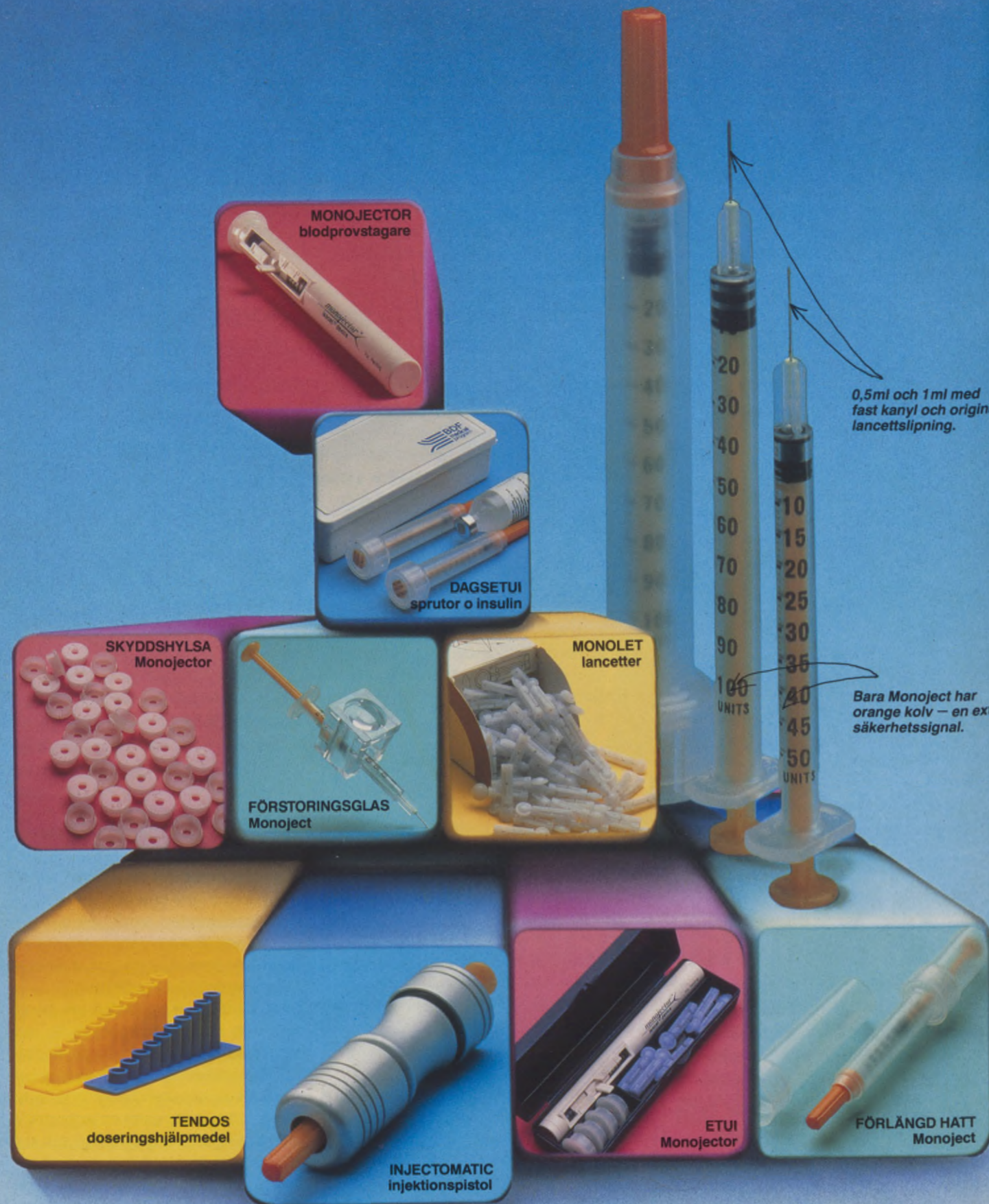
 Jag vill också låna videokassetten under 14 dagar.

 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)
26 93 73 (0,5 ml)
26 93 81 (1,0 ml)
Ap.Vnr
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)
272211 (blå)
272229 (gul)
Ap.Vnr
KOSTN.FRITT HJÄLPM.

DAGSETUI
Ett litet praktiskt etui med plats för två Monoject-sprutor 0,5 ml och en flask 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

Folke Lithner om diabetesbehandlingen:

Växla in på flera spår

Intervju: Ulla Ernström

Teckning: Anders Mathlein

Docent Folke Lithner, Umeå, förespråkar en ändrad syn på behandlingen av diabetes, varav följer andra behandlingsmål än dagens, som huvudsakligen är inriktade på bra blodsockerkontroll.

– Vi har inte tillräckliga bevis för blodsockernivåns betydelse, säger Folke Lithner, väl medveten om att han sticker ut hakan där forskare påstår sig ha belagda resultat. Han tror att hans teser så sakteliga kommer att mogna fram inom diabetesvården.

– De senaste 20 åren har jag haft förmånen att större delen av min arbetstid få arbeta med diabetesforskning och varje arbetsdag träffat diabetiker och då är det många saker jag förundrat mig över, bland annat betydelsen av god sockerkontroll, säger Folke Lithner.

I alla tider har diabetesbehandlingen gått ut på att ha så bra kontroll av sockret som möjligt, man har siktat på att försöka erhålla normala värden. Man har alltid sagt, och gör så fortfarande, "att om du sköter dina sockervärden bra så slipper du skador i ögon, njurar och fötter."

Detta är, enligt Folke Lithners mening, en alltför enkelspårig åsikt och verkligheten är en annan för många diabetiker; det finns de som haft bra sockervärden men ändå får skador och det finns de som haft dåliga värden men ändå klarat sig länge utan skador.

– Det blir för enkelsidigt att bara tala om blodsockerkontroll. Det leder dessutom tyvärr ofta till en form av moralism och det kan kännas pressande för patien-



Högt blodtryck och tobak är också av stor betydelse för utvecklingen av senkomplikationer, anser docent Folke Lithner, Umeå. Därför bör diabetesvården inte vara för hårt knuten till enbart bra blodsockerkontroll, menar han.

ten. Jag vill mena att om diabetiker har dåliga blodsockervärden beror det mycket ofta inte på att de är slarviga utan på att de medel vi har för att sköta diabetessjukdomen inte är tillräckligt bra.

Undersökning pågår

Men forskning bevisar ju att bra blodsockerkontroll har stor betydelse?

– Ännu i dag kan inte vetenskapen med säkerhet säga vare sig om man med god kontroll kan förhindra komplikationer att uppstå eller förhindra tidiga skador att förvärras. Detta fastslogs i dagarna i ett uttalande av en stor grupp forskare som av USA:s regering och kongress redan 1975 fick i uppdrag att bekämpa diabetessjukdomen och då bland annat undersöka kontrollens betydelse. De har noggrant granskat all tidigare forskning om detta och funnit att den inte ger svar på frågan. De har själva inlett en stor undersökning som pågår, förklarar Folke Lithner.

Hos diabetiska försöksdjur har man dock sedan länge fastställt att god sock-

erkontroll kan förhindra eller fördröja kärlskador vilket talar för att det sannolikt har betydelse även för människa.

Vilka är skälen för bra blodsockerkontroll?

– Det finns många skäl till att man ska ha bra sockerkontroll.

– En sak är i samband med graviditet hos diabetiker, där det för barnets skull är nödvändigt med extremt god kontroll. Ett annat skäl är för att få normal tillväxt hos dem som får diabetes i barndomen.

– Ett tredje är att må bra. Är blodsockret högt, tappar man mycket kalorier och vatten genom urinen och blir därför trött och törstig. Det är vanligt att diabetiker som länge legat dåligt i sina sockervärden säger att de "mår helt bra och finner inga skäl för att krångla till det hela med fler insulindoser och fler blodsockermätningar". De har dock bara sig själva att jämföra med; först när de av någon anledning skärper till sockervärdena är det många som då säger att "kändes det så här att må bra, det visste jag inte".

– Samma erfarenhet har många diabe-

tiska kvinnor där graviditeten med dess absoluta krav på god kontroll innebär även en ny upplevelse beträffande deras diabetes och de flesta fortsätter efter graviditeten med bättre kontroll jämfört med tidigare. Förmodligen är det ett av skälen till att diabetiska kvinnor enligt våra undersökningar nog har bättre sockerkontroll än männen.

En fjärde orsak till att försöka ha bra sockerkontroll är att högt blodsocker ger sämre läkningsförmåga; vid bra sockervärden har diabetiker helt normal läkningsförmåga.

För låga sockervärden

För låga sockervärden skall också undvikas, understryker Folke Lithner. Insulinkänningarna är många gånger plågsamma och tröttande. Låga värden leder höga värden genom rekyleffekten. Risk för insulincoma finns.

Varför är det så svårt att hålla blodsockret på en stabil nivå?

– Alla epidemiologiska undersökningar som är gjorda visar att de flesta diabetiker har dålig eller rätt så dålig sockerinställning, det gäller både typ 1 och typ 2-diabetiker. Enligt min mening beror det inte på att diabetikerna inte försöker, utan på att många inte klarar av den alltför hårda påfrestning som då krävs.

Hur kan man hjälpa diabetikerna på ett bättre sätt?

– Den behandling vi ger, med de insuliner och tabletter vi har idag, är inte tillräckligt bra för att ge alla diabetiker ett någorlunda normalt liv med god sockerkontroll. Med det som bakgrund tror jag att vi måste formulera andra behandlingsmål, säger Folke Lithner.

Orsaker till kärilkomplikationer

Folke Lithner hävdar alltså att man ännu idag inte säkert vet betydelsen av god sockerkontroll för utveckling av diabetiska kärilkomplikationer hos mänskliga. Däremot finns det påvisat flera så kallade riskfaktorer varav några ska nämnas här. En faktor är ärftlighet, där genetisk forskning pågår om risker för kärilkomplikationer. Klinisk forskning har nyligen visat att om högt blodtryck finns i släkten så ökar det risken något för att den diabetikern ska få njurskador. Högt blodtryck påskyndar utveckling av kärilskador om det inte behandlas bra. Det gäller njurskador och nog även ögonskador. Särskilt viktigt är det vid typ 2-diabetes ("åldersdiabetes") där det är mycket vanligt med högt blodtryck och det är den sjukdomen, inte diabetessjukdomen i sig, som kan ge

hjärtinfarkt och slaganfall. Behandlar man det höga blodtrycket bra så minskar man klart risken för de nämnda komplikationerna.

Kan det finnas flera orsaker till senkomplikationer?

– De senaste tio åren har allt fler vetenskapliga rapporter påvisat sambandet mellan tobak och skador i ögon och njurar hos diabetiker. Det verkar som om tobak inte så påtagligt ökar antalet påvisbara förändringar, men däremot att det blir svårare skador. Hos dem som aldrig rökt förblir skadorna beskedliga och påverkar sällan synförmågan medan däremot tobak orsakar en övergång till svårare skador. Det finns undantagsfall i bägge riktningarna, vilket visar vilken komplicerad sjukdom diabetes är och att mycket forskning återstår; men i stort verkar det att stämna. Tobak är också riskabelt för typ 2-diabetiker.

Ändrade behandlingsmål

Det är många skäl till varför sockerkontrollen bör vara bra men för utveckling av komplikationer hos diabetiker är, enligt Folke Lithner, sannolikt högt blodtryck och tobak av stor betydelse medan själva sockerkontrollen i detta avseende nog är av mer underordnad betydelse. Vi måste mer tydligt ändra de behandlingsmål vi tidigare haft när det gäller diabetessjukdomen, det vill säga inte enbart syssla med själva sockerläget utan ägna tid och arbete åt andra

Föräldrasymposium

29/10–30/10 1988

Förbundet planerar ett föräldrasymposium, som riktar sig till föräldrar till diabetisbarn.

Plats: LO-skolan, Hasseludden ca 1,5 mil utanför Stockholm.

Pris: Cirka 700 kronor per deltagare.

Platsantal: 30.

Föreläsare är läkare Mona Wallensten, sjuksköterska Gunnel Wiklund, dietist Ulla Nilsson, samtliga från S:t Görans sjukhus i Stockholm.

Axplock ur programmet: Diabetes' uppkomst, anlag, ärftlighet. Urin- och blodsockerkontroll.

Kost och näringslära. Psykologiska aspekter.

Forskning- framtidsaspekter, nya behandlingsmetoder.

För mer information och anmälningsblanketter kontakta kansliet, Monica Hulting, tel 08/81 0490.

faktorer som är lättare och i vissa avseenden viktigare att påverka, främst högt blodtryck och tobak.

– Min dröm är att alla barndiabetiker är fria från cigaretter och snus när de kommer till oss på vuxenmedicinklinikerna. Troligen skulle då behovet av njurtransplantationer och laserbehandling av ögon kunna minskas betydligt. I min erfarenhet röker varenda barndiabetiker som har tecken på begynnande skador, redan när de flyttar över sin kontroll till vuxenmedicin, säger Folke Lithner.

Han tillägger att när han nu delger oss sina synpunkter på den viktiga frågan om betydelsen av god metabolisk kontroll vill han inte använda de psykologiska faktorernas betydelse för uppkomst av komplikationer. De kan möjligen ha betydelse men det är för tidigt att kunna säga något säkert om detta. ■

Folke Lithner är docent vid medicinska kliniken, Regionsjukhuset, Umeå

FORSKNINGEN OM DIABETES ÄR VIKTIG!

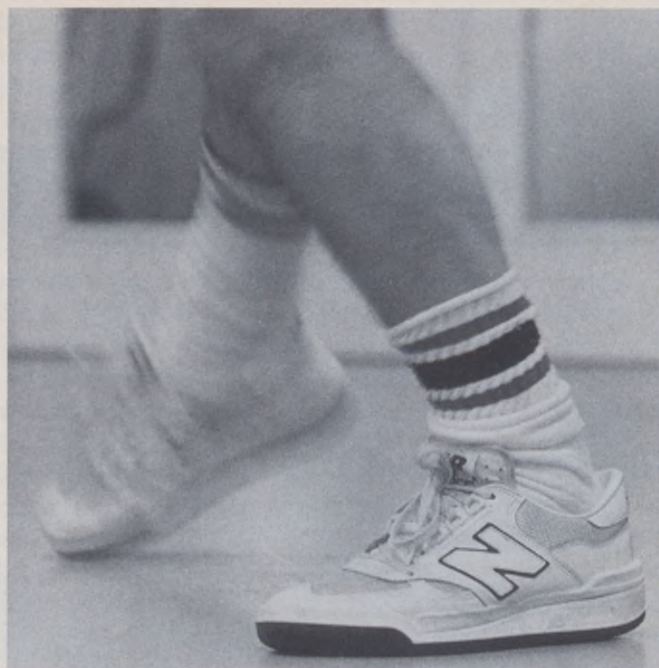
Svenska Diabetesförbundet stödjer varje år forskningen och upplysningen om diabetes med flera miljoner kronor. Pengarna kommer ur vår forskningsfond. Men det räcker inte. Det behövs ännu mycket mer medel för forskning och information.

DU

kan göra en fin insats. Varje gåva är av betydelse för forskningen om diabetes och arbetet för diabetikerna. Istället för blommor, låt pengarna gå till förbundet och dess forskningsfond! Du kan också lämna en gåva genom Ditt testamente!

Svenska Diabetesförbundets forskningsfond postgiro 90 09 01-0.

Svenska Diabetesförbundets postgiro 481 31 35-3.



**Spara 6,9%*
med Humulin®**



Humulin® en framtidssatsning

Först. Nu som då.

Lilly var det första företaget i världen med kunskaper och resurser att massproducera insulin samtidigt som kvalitén genomgående bevarades.

I dag, drygt 60 år senare, är Lilly först med att tillverka insulin med rekombinant DNA-teknik.

Ett insulin som inte tillverkas inne i människokroppen.

Men likväl är identiskt med detta!

Som heter: Humulin!

Och är det enda på marknaden som framställs på detta sätt!

Ett insulin av en typ som inom några få år kommer att vara det självklara förstahandsvalet.

Insuliner av animalt ursprung torde inom en nära framtid i huvudsak användas där inget annat alternativ finns.

Humulin — framtidens insulin

Med hybrid DNA-teknik har en rationell, välkontrollerad

och fabriksmässig framställning av insulin blivit möjlig.

Detta är ett stort framsteg ur säkerhetssynpunkt.

Som det ofta också är när man utnyttjar hybrid DNA-tekniken för att framställa andra organiska molekyler för humanmedicinskt bruk.

När det gäller insulin är det viktigaste för säkerheten att man eliminerar de hygieniska problemen, transportproblem och reningsproblem som är förknippade med insamlandet av material från slakterier.

Som tur är — dels pga detta, dels pga bristsituationen — finns det nu ett annat sätt.

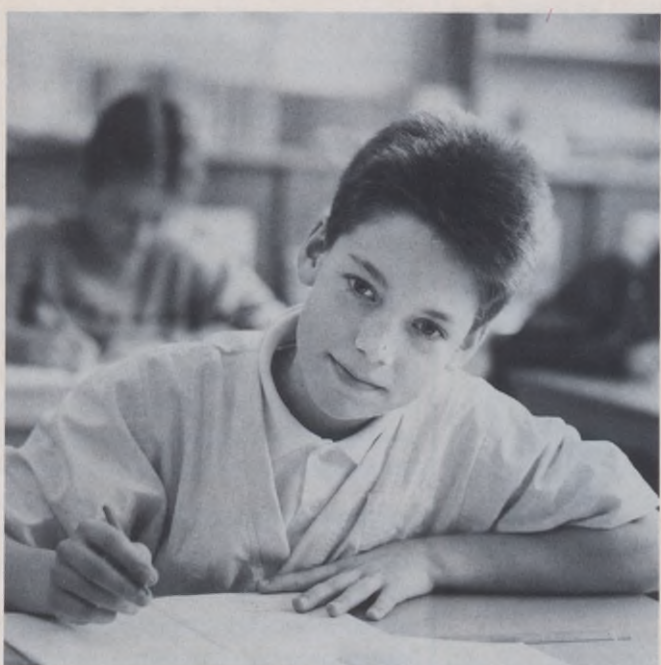
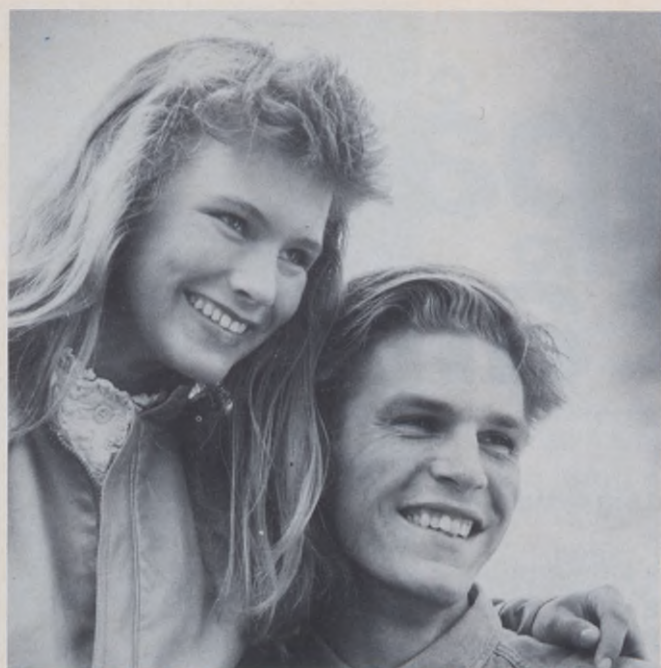
En metod som tillåter att läkemedlets framställning kan kontrolleras minutiöst under hela tillverkningsprocessen.

Följaktligen torde redan i dag huvuddelen av alla nysjuknade diabetiker i västvärlden erbjudas humaninsulin.

För enigheten är stor:

Insuliner av animalt ursprung har inte några fördelar jämfört med Humulin!

* Priser på insulinpreparat: Humulin regular 131:80, Humulin NPH 131:80, Humutard 131:80, Velosulin Human 141:60, Insulatard Human 141:60, Actrapid Human 141:60, Protaphan Human 141:60, Monotard Human 141:60. Källa: Fass 1988.



Bodoni AB Stockholm

Humulin Regular

är en klar neutral lösning av ett biosyntetiskt framställt humaninsulin.

Humulin Regular är ett snabbverkande insulin. Maximal effekt på blodsockret fås 1—3 timmar efter injektion. Effekten upphör vanligen efter 5—7 timmar.

Humulin NPH

är en neutral suspension av ett biosyntetiskt framställt humaninsulin; effekten är prolongerad genom tillsats av protamin.

Humulin NPH är ett medellångverkande insulin. Maximal effekt på blodsockret fås 2—8 timmar efter injektion. Effekten upphör vanligen inom 24 timmar.

Humutard

är en neutral suspension av ett biosyntetiskt framställt humaninsulin; effekten är prolongerad genom tillsats av zink.

Humutard är ett medellångverkande insulin. Maximal effekt på blodsockret fås 7—15 timmar efter injektion. Effekten upphör vanligen inom 24 timmar.



Humulin® *Lilly* 

Box 30037, 104 25 Stockholm. Tel. 08-13 02 50

Diabetiker gör sitt 27:e Vasalopp

I fädrens spår —år efter år

Av Ann-Sofi Lindberg Foto: Krister Larsson

— Svisch!

De främre startfälten lossnar plötsligt och drar med sig resten av de 10.000 skidlöparna i ledet. Snön faller allt tätare.

Längst fram i fält sju stakar Karl-Åke Nyman, envis smålänning, fram mot den första långa backen upp mot myrarna vid Smågan. Som vanligt litet nervös i början startar han sitt 27:e Vasalopp med risgrynsgröt i magen, nära 14 i blodsocker och 25 sockerbitar i fickan.

— Tävlingsdjävulen har jag släppt ut, nu åker jag bara för att det är roligt, försäkrar han.



10.000 skidlöpare sätter fart mot Mora som hägrande mål. Mellan 10 och 20 diabetiker kämpar varje år — de flesta med gott resultat.

Speakerns rofyllda röst dånar ut över startfältet i Berga by.

— Det är ingen som behöver stressa, manar han, ta nu lugnt av er överdragskläderna och var beredda.

Gröna, blå och orange klädsäckar flyger ut från startleden och blandar sig med snöflingorna, som nästan skymmer de täta, spända leden av åkare. Det liknar ett mystiskt anfall från yttre rymden. Femton sekunder före start syns fortfarande ett par skidåkare komma stakande i vild panik från parkeringsplatsen för att precis hinna in i ledet innan starten går.

Bland de 10.000 Vasaloppsåkarna finns minst 10 diabetiker. Karl-Åke Nyman från Västervik är en av dem.

— Jag kan inte ge någon förklaring till att jag nu åker Vasaloppet för 27:e gången, säger han strax före start. Men jag har

idrottat i hela mitt vuxna liv och när jag fick diabetes för 17 år sedan trodde jag först att det var slut med det.

Efter ett halvårs misslyckad tablettbehandling fick Karl-Åke insulin och kunde sedan fortsätta som vanligt med idrotten. Vad sägs om 70 maratonlopp?

Kan inte bli sämre

— Idealvädret för ett Vasalopp är sju-åtta minusgrader, uppehåll och gammal snö att åka på, anser han.

Idag råder ymnigt snöfall, nära noll grader samt rejält med nysnö. Sämsta tänkbara förhållanden, alltså.

In i det sista är han nervös, som alltid. Det behövs så litet för att det ska gå på tok. Någon som sliter av en staven i trängseln, eller trampar över skidan.

— Klarar jag mig bara till Evertsberg, då går det nog vägen, hoppas han och kra-



Vallen är viktig, det gäller att ha ordentligt fäste under foten och samtidigt glid. Nu är starten nära, klockan närmar sig halv nio.

mar om fru Maj-Lis innan han med några raska stavgångar intar sin plats främst i startled sju.

Med sina 64 år fyllda har Karl-Åke bara 174 medåkare som är äldre i spåret. Fast någon krutgubbe vill han inte vara — inte "gubbe" i alla fall!

Starten går plötsligt och vi hinner knappt skymta honom innan hela gänget svischat förbi. Plötsligt är allt tyst, tomt och öde, bara drivorna av klädpåsar skvallrar om att något har hänt här.

Ingen rekordtid

Karl-Åkes bästa placering någonsin är 281. Det var 1967 och han åkte då på sex timmar och tjugonio minuter. Bästa tiden gjorde han året därpå: fem timmar och fyrtio minuter.

Redan vid första kontrollen i Mångsbo-darna inser vi att detta rekord kommer att stå sig även över 1988 års lopp. Beräknad tid efter 24 kilometer var drygt två timmar, men när denna tid överskridits med tjugio minuter börjar Maj-Lis trampa oroligt invid spåret.

— Tänk om det hänt något, resonerar hon och spejar intensivt ut i spåret, där åkare med de mest skiftande utstyrselar och stilar svettas förbi. Men ingen med den "rätta" vita toppluvan och blå dräkten.

Nåväl, eliten är redan en kvart sämre än väntat, får vi höra via radion, så ännu är inte allt hopp ute.

— Där!

Glatt leende, vid gott mod men en halv timme försenad sveper han två muggar

blåbärssoppa och förklarar att han blev instängd i backen upp mot Smågan.

– Jag fick stå och trampa i tjugo minuter innan jag kom loss.

Solen håller nu på att bryta fram och det blir mer och mer likt ett riktigt Vasaloppsväder, med värmande solsken, klarblå himmel och dagsmeja. Det ropas och hejas i och utmed spåret, många språk talas och blåbärssoppan rinner i mungipor, skägg och över dräkterna. Stora svettfläckar här och var vittnar om rejäla kraftansträngningar.

– Heja alla skåningar, visa vad ni går för, skanderas oavbrutet av en påg med gul jacka och solglasögon.

– Jag har bakhalt, klagar en åkare, medan en annan har "fäste men inget glid". Det är många bud om varför det går trögt och ingen tycks ha prickat rätt i vallningsboden.

Nästa mötesplats är Evertsberg, fyra och en halv mil till Mora och halvvägs i mål. Trots att Karl-Åke ökat på sin försening med en dryg halvtimme lyser han i kapp med solen.

– Det här går bra, försäkras han.

Ingen morgondos

Normalt tar Karl-Åke sex enheter insulin på morgonen. I dag har han hoppat över insulinet helt, för att kunna ligga lagom högt i blodsocker vid start.

Mellan Evertsberg och Oxberg äter han lunch. Traditionen kräver att hustrun dukar fram uppstekt risgrynsgröt och mackor vid en privat kontroll nära Dysån. Vädret är nu som förbytt, stora snöflingor och råkallt.

– Att ha sin fru med sig är ett väldigt stort stöd. Utan Maj-Lis skulle jag aldrig klara det här.

Man förstår vad han menar när man tit-

Vänd



– Jag tog en sockerbit efter backen upp mot Smågan, alldeles i början av loppet, berättar Karl-Åke Nyman. Jag behövde inte mer.

FORSKARE:

– OK att ladda kolhydrater

– Diabetiker ska leva ett normalt liv och i ett sånt liv ingår att välja sina intressen. En del är intresserade av sport och idrott och de ska kunna ägna sig åt det.

Det anser Harriet Wallberg-Henriksson, läkare på Huddinge sjukhus. Hon har forskat kring motionens betydelse för diabetiker.

– Men att åka Vasaloppet, tilläger hon tveksamt, nej, det vill jag nog inte direkt uppmana alla diabetiker till.

Det är en stor påfrestning för kroppen att åka nio mil på skidor. Man är tvungen att under loppet tömma alla förråd av kolhydrater, framför allt leverns sockerreserver.

För en person med normal insulinproduktion går det bra att ladda upp en massa kolhydrater ett par dagar innan en kraftansträngning. På så sätt skapas en buffert som man sedan kan använda under själva loppet.

Kan en diabetiker ladda kolhydrater på samma sätt?

– Ja, i teorin borde det gå bra, säger Harriet Wallberg-Henriksson. Men då måste man förstås öka insulinindosen i motsvarande grad. Diabetiker har ju, precis som andra, förmågan att lagra kolhydrater i muskel- och leverceller.

– Däremot kan det vara svårare ju mer insulinresistent man är. Då behövs det mer insulin i samband med kolhydratrika måltider än normalt. En annan typ av kolhydratladdning innebär att man först tömmer kroppen på kolhydrater, för att sedan fylla på depåerna igen som beskrivits ovan. Även den varianten bör fungera för en diabetiker, tror doktor Wallberg-Henriksson.

Hon betonar att det inte finns några undersökningar gjorda på diabetes

och just den här typen av motion, men att det vore intressant att göra det.

Vad händer med en diabetiker efter ett Vasalopp?

– Man blir insulinkänsligare, det vill säga muskelcellerna kan ta upp betydligt mer socker med mindre mängd insulin, några dagar efteråt. Och tränar man tre eller fyra gånger i veckan uppnår man en ständigt högre insulinkänslighet.

– För en diabetiker som inte har några senkomplikationer i form av nedsatt syn, njurfunktion eller känsel är det inte skadligt för själva diabetesjukdomen att åka Vasaloppet. Problemet är att ha kontroll över sin ämnesomsättning så att blodsockret håller sig inom ramen.

Man bör aldrig starta med ett värde på mer än 16 mmol/l, till exempel.

Hur är det med komplikationer?

– Man antar att dessa beror på stora svängningar i blodsockerbalansen. Vid kraftiga ansträngningar löper man risk att sockret hoppar en del och därför bör en diabetiker med redan konstaterade grava förändringar i ögon eller njurar inte utsätta sig för en sådan här övning.

– Däremot tror vi inte att motionen i sig kan påverka senkomplikationerna, det finns inget som tyder på det, menar Harriet Wallberg-Henriksson.

Hur gör man med insulinet?

– Generellt kan man vara väldigt radikal. De flesta behöver inte ta något alls före. Men det är naturligtvis olika och man får pröva sig fram.

Förutom att råka ut för insulinkänning kan en diabetiker som åker Vasaloppet och inte är väl inställd också få problem med saltbalansen, vilket i sin tur kan ge vadkramp.

Doktor Wallberg-Henriksson menar att man som diabetiker mår bäst av att motionera lagom varje dag.

– Men visst kan en diabetiker, som vill ha en morot att kämpa för, mycket väl och med gott resultat genomföra ett sådant här lopp, tilläger hon. ■

I FÄDERS SPÅR... forts

tar i ryggsäcken som hon alltid har tillhands vid kontrollerna: insulinpennan, strumpor, varma tröjor, risgrynsgröt, blåbärssoppa, kaffe, chokladkakor samt den "tung" vallningsutrustningen med till exempel gasolbrännare. När man ser de båda makarna inser man att det inte bara handlar om den praktiska sidan, utan i högsta grad om känslor också. Omtanke och sammanhållning, i alla väder.

Och nu börjar det bli motigt i spåret. I Oxberg är Karl-Åke för första gången arg och upprörd.

"Suckarnas backe"

– Det här är inte skidåkning, klagar han. Snarare hasning. Det finns inga spår alls att åka i. Jag har vallat om tre gånger sedan Evertsberg.

Han anser att arrangörerna visat en otrolig nonchalans genom att inte ha spårat upp bättre, men för övrigt är Karl-Åke i god form. Kanske har "Suckarnas backe", den 1,5 kilometer långa backen upp mot Oxberg, frestat på. Där brukar Vasaloppet avgöras. Nu har han i alla fall tagit in på sin egen förväntade tid och ligger bara en halvtimme efter. 28 kilometer kvar!

– Har vi passerat Mora, undrar en skämtsamt åkare. En annan har gått avsides och tömmer ett russinpaket, medan en tredje vråker i sig en godispåse. Variationerna när det gäller huvudbonader är oändlig. Vad sägs om en mycket gammal man i tunn, stickad babymössa? Eller en slokhatt i mossgrön plysch? Cowboyhattar och en specialmodell med små kramdjur fastklämda i brättet.

Några dova blåbärssoppor efter kontrollen – och så full fart igen! I Mora har bröderna Blomqvist burit kranskullan i mål för tre-fyra timmar sedan. Det börjar skymma, cirka hälften av alla kämpan-



– Utan min fru Maj-Lis skulle jag inte klara det här. Hon är ett väldigt stort stöd, förklarar Karl-Åke efter välkomstkramen i Mora.

de har passerat målgången, och speakern manar på åskådarna att heja fram dem.

Fräsch i mål

– Det är bättre att gå i mål pigg än att göra en bättre tid och komma fram som en trasa.

Karl-Åke Nyman står som ett levande exempel på detta och njuter av att ha klarat de nio milen, igen, för 27:e gången. Pigg och fräsch ser han ut, som efter en kortare träningsrunda. Hans placering blev 6.359 och tiden 9 timmar och 14 minuter.

Blodsockret efter loppet låg mellan 9 och 11, ungefär som det brukar.

– Jag är nöjd med min insats. Jag hade inte kunnat göra mera. Efter den oturliga starten när jag blev instängd hämtade jag in 1500 placeringar efter Mångsbodarna.

– Stämningen i spåret var jättefin. Inga slagsmål, som jag såg i Lidingöloppet en gång. Det var två som rök ihop.

Två liter blåbärssoppa, tre muggar vatten, fyra deciliter sportdryck och lika

mycket kaffe. Så mycket vätska "tankade" Karl-Åke under loppet. En portion risgrynsgröt och några smörgåsar fick duga till lunch.

Före middagen tog han sin vanliga dos på åtta enheter insulin och vid läggsdags fjorton, precis som han brukar. Dagarna efter loppet levde han som vanligt och märkte inte något särskilt i sin ämnesomsättning. Blodsockret låg som det brukade.

50 mil i ryggen

Med sin vältränade kropp har Karl-Åke Nyman aldrig haft några egentliga problem att genomföra sådana här krävande idrottsprestationer.

– Till skillnad från andra skidlöpare kan jag ju inte ladda kolhydrater innan, som en del gör, förklarar han. Men jag tror inte jag har behov av det.

Man brukar säga att en Vasaloppsåkare behöver cirka 50 mil i ryggen för att orka åka de nio milen. Det var dåligt med snö i Västervik, så det fick bli 50–60 mil på rullskidor i stället. **Plus** 20 mil på riktiga skidor när snön kom – i grevens tid.

– Jag vill gärna råda alla diabetiker som funderar på att ge sig iväg så här långt att träna regelbundet, förbered er ordentligt och ha kontroll över kroppen och insulinet! Kör gärna ett testlopp först.

– Och tänk på att aldrig ha nya skor vid en tävling, varnar Karl-Åke, slänger upp skidorna på axeln och går iväg med Maj-Lis för att hämta sitt diplom. Tävlingsdjävulen har han släppt ut – numera åker han bara för att det är roligt. ■

Leif bröt

– Jag beslöt mig för att bryta redan i Smågan. Det kändes tungt, fanns inga styrspår och jag fick kramptendenser i benen.

Det säger Leif Andersson, 26 år och diabetiker sedan tre år tillbaka. Det är hans sjunde Vasaloppsstart, som han nu tvingas bryta i Mångsbodarna. Fem gånger tidigare har han gått i mål.

– Jag kommer igen nästa år, hälsar han. Det är bara bra för oss diabetiker att åka Vasaloppet, det blir ett mål med all träning.

Leif hade minskat sin insulindos på morgonen och tror inte att krampproblemen har med hans diabetes att göra. ■

Diabetiker lyckas bra

Mellan 10 och 20 diabetiker åker Vasaloppet varje år. Det tror Ulf Hållmarker, bitr överläkare vid medicinkliniken på Mora lasarett. Han har försökt ta reda på hur många personer med olika sjukdomar som ställer upp i Vasaloppet och hur de klarar sig. Undersökningen gjordes 1985 och byggs bara på åkarna som deltog detta år, men det finns ingen anledning att anta att de skiljer sig på något avgörande sätt från andra års skidlöpare.

– Vi gjorde bland annat ett slumpmässigt urval av alla som kom i mål, berättar Ulf Hållmarker. Av de 10.000 åkarna plockade vi ut 500, som fick besvara ett antal frågor. Vi konstaterade då att 0,2 procent av de tävlande hade diabetes.

– Det hade gått bra för de flesta, visade svaren. Man hade i allmänhet minskat på morgondosen. Spännande, roligt och bra för konditionen tyckte de. ■



Insuflon.[®] Det bästa som hänt oss.

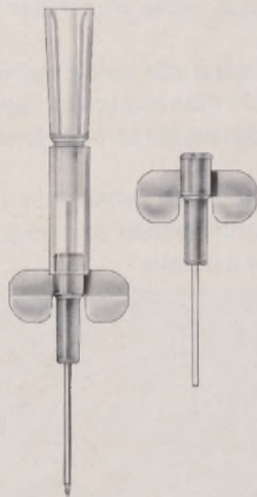
Som förälder till barn med diabetes upplever man dagligen samma inre konflikt. Nämligen att det man vet är bäst och nödvändigt för ens barn samtidigt kommer att göra ont. Både i barnet och en själv.

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.

Piruetter på ett hjul

Av Ann-Sofi Lindberg
Foto: Hans Runesson



Dennis Jönsson gillar att cykla, precis som många andra killar i 12-13-årsåldern. Men hans cykel ser inte ut som kompisarnas. Utan styre och ram och med bara ett hjul rullar den omkring med Dennis på sadeln, framåt, bakåt och runt, runt.

– Han lurar sig själv till motion, säger pappa Jan belåtet och iakttar sonens övningar på sin enhjulning. Det är faktiskt tjugo gånger så svettigt att cykla på enhjulning än på vanlig tvåhjulning!

Familjen Jönsson bor i en villa i Växjö, mittemot Mats Wilander. Eller rättare sagt hans föräldrar, för Mats själv är inte hemma så ofta nuförtiden.

Dennis har haft diabetes i två år, men aldrig behövt avstå från något roligt på grund av det. Tvärtom. När han kommer hem från skolan vid tretiden väntar pappa med mellanmålet och sen blir det antingen friidrott, tennis, ishockey, datakurs, fiollektioner eller, som idag, några varv med enhjulningen.

– Det är ingenting vi behöver tjata om, säger Jan Jönsson, som är brevbärare och alltid hemma när Dennis kommer från skolan.

– Jag gör bara sånt som är roligt, säger Dennis och svingar sig upp på sadeln för att visa hur man gör.

Några ögonblick svajar ekipaget betänkligt, armarna flyger ut för att återställa balansen, och så rullar hojen igång. Man riktigt ser hur hela kroppen kämpar för att hålla sig upprätt.

Tre veckors lärotid

– Första gången jag kom upp på cykeln tänkte jag att nu ramlar jag bakåt eller framåt eller tappar balansen, minns

Varför hoja omkring på två hjul, när det räcker med ett? Fast betydligt jobbigare blir det förstås – hela tjugo gånger så svettigt! Det har Dennis Jönsson fått uppleva sedan han lärt sig balansera på sin enhjulning.

han. Men det var ett år sedan och redan efter tre veckor hade jag lärt mig någorlunda.

Det är viktigt att sadeln är rätt placerad. I början satt den för lågt, men när Dennis höjde den litet blev det mycket lättare att cykla.

Finessen med enhjulningen är att den även går att använda inomhus. Det behövs inga stora ytor, bara ett någorlunda plant underlag. Cykeln är köpt på postorder och kostade 380 kronor.

Under sommarhalvåret tränar han 30-45 minuter varje dag. Eftersom det går åt många kalorier tar han alltid med sig

ett äpple eller en mandarin när han cyklar iväg.

När Dennis tränar, friidrott eller hockey till exempel, har han alltid sockervatten till hands. En deciliter socker till en liter vatten blandar han och ställer i båset.

Salta pinnar

Pappa Jan tycker att omställningen i och med Dennis' diabetes har gått förvånansvärt smärtfritt.

– Det är egentligen ingen skillnad, man tänker på tiderna, annars lever vi ungefär som förut. På lördagarna äter Dennis salta pinnar eller pop-corn i stället för godis. Han har aldrig krånglat om det här.

Favoritmaten är annars "hamburgare". Dennis' pappa rycker till och ser smått chockad ut.

– Ja, alltså såna där runda bullar med köttfärs i som mamma brukar laga, förklarar han och pappa skrattar, tydligt lättad.

Det hemlagade får alltså inte underkänt, fast Jans insatser ofta begränsar sig till att koka potatis. ■



Ibland sprider sig ljuva toner över Teleborg i Växjö när Dennis får fart på stråken.



B-D Model 1000 Insulinpump Lätt. Enkel. Säker.

Prövad i Skandinavien sedan 1986.

B-D Insulinpump är ett bra alternativ för dem som har instabila blodssockervärden. Och därför har svårinställbar diabetes.

Enkel att sköta. Lätt att leva med.

B-D Model 1000 Insulinpump är liten och behändig, 7,5×5,5×2 cm. Väger bara 136 gram. **Är mycket enkel att ställa in och sköta.** Kan användas med både 100IE och 40IE insulin som enkelt fylls i en **B-D** Insulinkasset. Den rymmer 0,9 ml (90IE).

B-D Model 1000 Insulinpump är mycket driftsäker, men för trygghetens skull, har den inbyggt kontrollsystem med alarmindikeringar.

Mycket energisnål. **2 st fulladdade 1,5 volts batterier räcker mer än ett år.** Kontroller för justering av basaldos och manuell bolusdosering.

B-D Model 1000 är en säker och tillförlitlig insulinpump som kombinerar frihet med trygghet.

**BECTON
DICKINSON**

Becton Dickinson AB, Box 32054, 126 11 Stockholm. Telefon 08-18 00 30



Vad vill du ungdom i Diabetesförbundet?

Ungdomskonsulenter från två handikappförbund jämförbara med Svenska Diabetesförbundet och som startat ungdomsverksamhet hade inbjudits till förbundets konferens om verksamheter för ungdom i Handen 30–31 januari 1988.

Här fick föreningarnas representanter chansen att få idéer om hur vi inom vårt eget förbund ska kunna fortsätta på den delvis redan inslagna vägen. Ungdomskonferenserna i Sättravallen och på Fagerudd har varit succéer, men hur ska vi få ungdomarna mer aktiva på hemmaplanen och mer intresserade av att vara kvar i förbundet? Vilka knaggigheter kan vi undvika och finns det något simsalabim som löser svårigheterna? Att man inte kommer långt utan pengar, goda idéer och hårt arbete kan man sluta sig till av det de gästande ungdomskonsulenter hade att förtälja.

Skolinformation

Inom Riksförbundet mot Astma-Allergi, RmA, bildades för två år sedan ett ungdomsråd vars förlängda armar nu är 70 ungdomsansvariga runt om i landet. Förutom träffar och lägerarrangemang har ungdomarna inlett försök med information om sitt handikapp i skolorna, till en början på högstadiet, en information som är inplanerad i skolschemat.

– Helst vill vi ha unga människor som informatörer på skolorna, förklarar ungdomskonsulent Sara Gezelius.

Två miljoner svenskar har någon form av astma eller allergi, men förbundet har "bara" 27.000 medlemmar och av dem är 3.670 ungdomar i åldern 14–25 år.

Carin Öhlén representerar Psoriasisförbundets PSO-Ung, med ett medlemsantal omkring 2.000. Sammanlagt har detta förbund 23.000 medlemmar. Det ska ses mot att 200.000 personer i Sverige är psoriatiker och att 50.000 av dem är ungdomar. Det finns alltså många ungdomar att bearbeta för medlemskap, men det är svårt att nå dem. Ett försök gör ungdomsrådet genom att låta en buss med ungdomar åka genom landet och stanna på många orter, skapa uppmärksamhet där med orspsrens hjälp.

Bara formaliteter tröttrar

En ungdomskommitté på nio personer är högsta organ i PSO-Ung. Ungdomsverksamheten drivs på länsnivå och i dagsläget strävar man inte efter mer lokala aktiviteter, deltagarantalet blir för litet. Carin Öhlén understryker att i boten när man startar något för ungdomar måste finnas att det viktigaste är att man har roligt, formaliteterna får inte bli huvudsaken.

– Om man bara pratar om vad styrelsen ska göra tröttnar ungdomarna och det blir ingenting.

Några säkra uppgifter på hur många av Svenska Diabetesförbundets 33.000 medlemmar som kan betecknas som ungdomar finns inte. Siffran på 4.050 pojkar och flickor mellan 7 och 25 år är osäker. Men en del lokal- och länsföreningar ordnar ungdomsträffar och på vissa håll spirar ett intresse för en mer organiserad ungdomsverksamhet.

"Sabotage"

På konferensen i Handen hade Anders

Förbundets läger och ungdomskonferenser är lätta att fylla med deltagare. Men hur ska vi få ungdomarna att stanna kvar i förbundet och bli mer aktiva? Det diskuterades på en konferens i januari i Handen.

Holmqvist, Stor-Stockholms Diabetesförening, att berätta om hur utomhusarrangemangen i ungdomssektionen ofta blivit floppar, medan bra föreläsare lockat "stor" publik, 25–30 personer. Men tyvärr kom även pensionärerna då, sa Anders, något besviken, för de såg till att först och främst få frågor om sina personliga problem besvarade och "sabbade" därmed föreläsningarna som ungdomarna ordnat och sett fram emot.

Örebroföreningen drar iväg till Härjedalen för att åka skidor på tionde året i rad, ibland fiskar ungdomarna strömming i Bråviken. För Barbro Svensson, Värnamo, var förberedelserna och genomförandet av en ungdomskonferens i Jönköpings län det roligaste hon någonsin gjort. Med några ungdomars hjälp blev det hela succé. Jämtlands Diabetesförening bjuder in ungdomar från nästan halva Sverige till weekend i Duved. Modellerna är otaliga. Vad gör vi med ett växande intresse för ungdomsverksamhet inom Diabetesförbundet?

– I det här skedet är det bästa att de föreningar som har en sådan verksamhet berättar om den, för oss på förbundet och därmed också för andra föreningar. Säkert händer det mycket ute i landet som vi inte vet något om, säger Göran Andersson, Diabetesförbundets ungdomskonsulent.

Förbundsstyrelsen remitterade den 25 mars 1988 frågan om inrättandet av ett ungdomsråd till arbetsgruppen för barn- och ungdomsfrågor.

Påminnelse om ungdomskonferens

I Diabetes nr 6/1987 annonserades om de två ungdomskonferenser som hålls under 1988 på Fagerudd utanför Enköping. Den första, i maj, är fulltecknad. Men på den andra, 1–4 september, finns det fortfarande några platser kvar. Temat är "Motion och diabetes", men annat står också på programmet. 26 deltagare i ålder 17–25 år kan vara med på konferensen. Deltagaravgiften är 250 kronor samt tillkommer utgiften för resan. Sista anmälningsdagen är 20 juni 1988. Skicka eller ring in din anmälan till Svenska Diabetesförbundet, Box 5023, 125 05 Älvsjö, tel 08/81 04 90 (Göran Andersson).

Pilotfall för körkort

Enligt gällande bestämmelser får insulinberoende diabetiker inte inneha körkortsbehörighet C. Nu har länsrätten i Kopparbergs län faktiskt tillstyrkt att en insulinberoende diabetiker får behålla sin behörighet C, vilken innebär att han får fortsätta att köra lastbil. Men, allmänna ombudet har överklagat länsrätts beslut till regeringsrätten. Så det blir intressant för förbundet att följa ärendet som ett pilotfall.

Förbundet arbetar för en förändrad syn på diabetiker och körkort över huvud taget, vilken innebär att körkorts innehav och förarbehörighet baseras på en individuell bedömning, utförd av behandlande läkare, istället för den generella bedömning av diabetiker som oftast görs idag. Dessutom har förbundet hos berörda myndigheter lanserat tanken på att låta höja viktgränsen för B-behörighet, en förändring som skulle medföra att diabetiker kunde köra något lättare lastbil och arbeta som chaufför i närtrafik.

Ny i läkarrådet

Professor Claes Hellerström, Uppsala har begärt att få bli entledigad från sitt uppdrag som sekreterare i förbundets läkarråd, vilket förbundsstyrelsen har godkänt, och till hans efterträdare utsett docent Arne Andersson, Uppsala.

Är du en fiffig pumpbärare?

Den som gärna klär sig i snäva jeans eller dito korta kjolar och som inte trivs i bylsiga tröjor och skjortor kan ha svårt att hitta det perfekta sättet att bära sin insulinpump. Om man tycker att den ska döljas, och det vill kanske många åtminstone ibland, vad finns det då för fiffiga sätt? De flesta pumpar är än så länge av den storleken att de inte låter sig göras osynliga. Hur gör du? Listiga förslag kan lämnas till DIABETES-redaktionen, tel 08-81 04 90, så får vi se om de är värda att lämnas vidare i tidningen.

Landstingens bidrag till ungdomar

Möjligheterna för ungdomar att få bidrag till rekreation har ökat med årets rekommendation till landstingen från landstingsförbundet. Nytt är att landstingsförbundet rekommenderar landstingen att ge bidrag till deltagare i för-

bundets ungdomskonferenser. En nyhet, som berör kollobarn och deltagare i sjösportläger, är att den tidigare klausulen om att landstingsbidraget ska minskas med det bidrag som kommunen eventuellt ställer upp med är borttagen.

Ungdomar!

Stipendium för utlandsstudier att söka

Förbundet utlyser ett nytt stipendium för ungdomar med diabetes som ska bedriva studier utomlands (exklusive Norden). Studierna ska vara på collegenivå. Stipendiet är på 1.000 kronor i månaden under studietiden.

Stipendiaten utses av förbundets verkställande utskott. Ansökan för kommande läsår 1988/89 ska vara förbundet tillhanda senast den 1 juni 1988. Särskild ansökningsblankett kan rekvireras från förbundet.

Sjuksköterskor får rätt att ordinera

Socialstyrelsen har godkänt diabetesförbundets fortbildningskurs i diabetes för sjuksköterskor som auktoriserad, vilket innebär att den som går kursen får förskrivningsrätt när det gäller alla kostnadsfria hjälpmedel till diabetiker.

Projektjänster bort

Förbundets båda projekt med en föreningskonsulent och en ungdomskonsulent upphör 30 september 1988, då har de två åren sedan projektstarten gått. Styrelsen anger ekonomiska hinder för att förlänga eller permanenta tjänsterna, men har tillsatt en arbetsgrupp som ska se över kansliets organisation och de ekonomiska förutsättningarna för en ständig kontakt med föreningarna.

Olika teman 1988

Motionsåret fortsätter, men Diabetesdagen 1988 ska ha temat "Forskningen om diabetes". Det bestämde förbundsstyrelsen den 25 mars 1988. Som skäl för ändringen anges att tiden var för knapp för att hinna genomföra temat motion som det var tänkt. Styrelsen har istället bestämt sig för att aktualisera forskningsfonden.

Vilken nivå lever vi på?

Statens statistiska centralbyrå, SCB, ska utöka sin nästa levnadsnivåundersökning med att specialstudera levnadsvillkoren för människor med medicinska funktionshinder. Förbundet har i undersökningen fått med ett antal frågeställningar som kommer att bli värdefulla för diabetesförbundets fortsatta intressepolitiska arbete, exempelvis i merkostnadsfrågan och om sjukvårdens kvalitet.



Svenska Diabetesförbundet

Box 5023

12505 Älvsjö

Tel 08/81 04 90, KI 10-12, 13-15

Kanslichef: Berndt Nilsson

Förbundsordförande:

Nils Hallerby

Verdandigatan 3

11424 Stockholm

Tel 08/10 1392

Jäklaranamma ger medaljer

— Av Conny Lindell Foto: Håkan Knutsson —

Mats Linder 33, är uppvuxen bredvid en skidbacke.

Så det är bara som det ska att han vunnit silvermedalj i både storslalom och störtlopp i OS. Men på ett sätt är han ett undantag.

Mats är blind sedan sex år tillbaka. Efter 18 år med diabetes försämrades synen kraftigt 1979. Två år senare var Mats blind.

Han vann som förste svensk någonsin medaljerna i handikapp-OS som avgjordes i Innsbruck i Österrike i vintras.

– Framgångarna blev större än väntat allvarligt talat, säger Mats som bor i östgötska Skärblacka, mellan Norrköping och Linköping.

Bakom framgångarna ligger blod, svett och tårar, heter det. I Mats fall är det sant.

– Säsongen inleddes med en kraftig vurma första träningsdagen. Jag slog en axel ur led.

– Jag ramlar ofta, ofta. Men mindre nu är tidigare. Det har naturligtvis med träningen att göra.

Tolv veckor har Mats ägnat skidåkning – den här säsongen allt som allt. Ungefär var tredje vecka således.

Minskade doser

Som diabetiker gäller det för Mats att planera. Mats pendlar mellan uppslupenhet, en jäklaranamma som når sin kulmen på tävlingsdagarna. Och en trötthet som blir den oundvikliga följd.

– Det är växlingen mellan träningen och arbetet som är det stora problemet, berättar Mats. När jag tränar går jag ner i doserna insulin, rätt kraftigt. Man lär sig hur kroppen reagerar från fall till fall.

– Före själva tävlingspasset går jag upp några enheter i insulin, kanske två, för att ligga lågt i blodsocker och kompensera det med druvsocker. Jag är rädd för att ligga högt, då stämmer det inte alls i de avgörande ögonblicken. Det kanske inte är bra att hålla på så, det sliter, men jag tycker det är värt obehaget. Fyra gånger om dagen tar Mats sitt insulin när han tävlar eller tränar. Och injektionspennan har han med sig i backen. Eller rättare sagt Dagge – det är Dag



Vid handikapp-OS i Innsbruck blev Mats Linder tvåa både i storslalom och störtlopp. Mats åker före sin ständige ledsagare Dag Jehrlander, som "styr" åket genom att berätta för Mats hur pisten ser ut, inte alltid lätt att uppfatta i farten.



En viljestyrka av ovanlig art är Mats kännetecken.

Jehrlander som är Mats ledsagare, och som alltid följer Mats som ledsagare både på träning, tävling, i och utanför skidbacken.

– Dagge brukar ha injektionspennan i bröstfickan. Han ramlar inte fullt så ofta som jag gör, skämtar Mats.

Springer också

Mats menar att man mycket väl kan idrotta och tävla aktivt som diabetiker.

– För min del har det dock varit en lång process. Det gäller att orka träna. Nu, först fyra år efter första seriösa tränings-satsningen i de här sammanhangen, tycker jag att jag orkar med. Jag hade suttit stilla väldigt mycket tidigare, både i skolan och på jobbet.

Hemma brukar jag och Cecilia, min sambo, springa några gånger i veckan. Nu har jag startat med styrketräning också. Det orkade jag inte tidigare.

Mats har inte bara haft problem fysiskt, utan psykiskt också.

– Jag har det ändå beviljat jämfört med mina barndomsblinda kamrater, säger Mats. Jag har ju åkt skidor utför som sene, till och med tävlat några gånger. Rädslan att kasta sig utför och överlämna ansvaret till en annan människa är det värsta.

– I början kändes det som jag var på väg att köra in i en ladugårdsvägg med ohyvlade bräder. Det var bilden jag hade i huvudet. Men målsättningen blev hela tiden att flytta den där väggen längre och längre bort. Så skedde också

med alltmer träning. Säkerheten ökade. Liksom tilliten till Dagge, ledsagaren.

Siktat mot nya mål

Men ännu idag händer det att Mats dammar i backen, och slår sig både gul och blå.

– I min första tävling 1986 slog jag loss en benflisa i axeln. Då gällde det att snabbt komma på fötter för att inte ladugårdsväggen skulle dyka upp igen.

Mats reste sig, tog sig i mål, försiktigt, försiktigt.

Efter sin hittills finaste säsong siktat han nu framåt mot ännu ett stort mål – alpina handikapp-VM som avgörs i Colorado Springs i april 1990.

Mats drömmer också om den dagen då han kan ställa upp i en tävling för blinda och synskadade på hemmaplan.

– Jag försökte arrangera en skidvecka för synskadade ungdomar i fjol. 900 kronor var priset för resa, logi, mat och alla kostnader för skidåkning. Det kom bara fem anmälningar från hela landet.

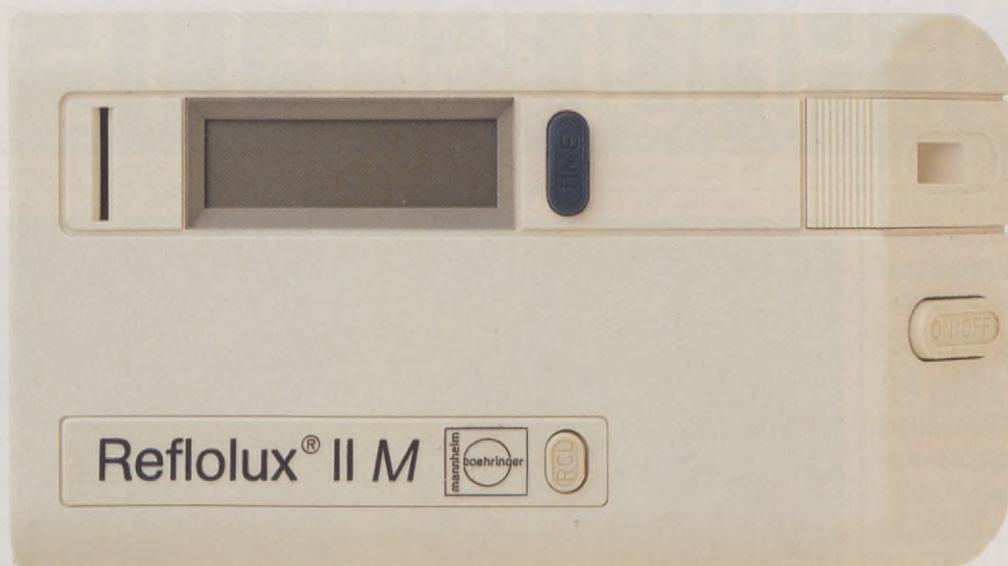
– Ungdomarna är tydligen rädda för svårigheterna.

Kanske kan Mats framgångar i OS-backarna i Innsbruck ge råg i ryggen åt ännu några synskadade och blinda.

Det är i vart fall vad han hoppas. ■

Mats Linder fick ett hedersomnämmande vid utdelningen av 1987 års idrottsstipendium för diabetiker. Det skrev vi om i DIABETES nr 6/1987. Dessutom förekom Mats i nr 3/1987 i samband med en artikel om blodsockermätare för synskadade.

REFLOLUX® II - ETT MINNE BLOTT!



Vi introducerar nu i stället REFLOLUX® II M som innehåller följande nyheter:

- automatisk lagring (**MINNE**) av 30 blodglukosvärden
- större display
- summersignalen kan stängas av

Ärligt talat så tror vi att en minnesfunktion som enbart lagrar blodsockerresultat har ett begränsat värde. Fördelen med minne är att Du inte behöver bära med Dig dagboken jämt och ständigt, men — och det tror vi är viktigt att påpeka — ett instrument med minnesfunktion för enbart blodglukosvärden ersätter aldrig en dagbok.

Apropå minne och nyheter, så kommer vi framåt sommaren att introducera Camit EL (den elektroniska dagboken) — en minnesmodul som kan anslutas till Reflolux® II M. Camit EL har kapacitet att lagra inte bara blodsockervärden, utan också insulindoseringar och olika händelser (känningar, måltider m.m.) Observera att man inte kan mäta blodsocker med Camit EL.

För ytterligare information kontakta oss gärna på telefon 08-98 81 50



**BOEHRINGER MANNHEIM
SCANDINAVIA AB,**
Box 147, 161 26 BROMMA

Jag beställer _____ st REFLOLUX® II M för kr 750:— inkl. moms
(porto och postförskottsavgift tillkommer)
Vg texta!

Namn _____

Adress _____

Postnr/Ort _____

PORTO
BETALT

**BOEHRINGER
MANNHEIM
SCANDINAVIA AB**

Svarspost
Kundnummer 28958007
161 25 BROMMA

LÄR DIG INJICERA I UNDERHUDSFETTET!

Av Anders Frid

I 10 år har de flesta diabetiker lärt sig att hålla spruta med nål vinkelrätt mot huden och injicera utan att lyfta upp ett hudveck. Vi har kunnat visa att detta medför risk för injektion i muskel och därmed stora variationer i insulinupptag.

Många vet nog att insulinbehandlingen av diabetes är ganska ny, den första injektionen av insulin på människa skedde på eftermiddagen den 11 januari 1922 på en då 14-årig pojke, Leonard Thompson, som var döende i sin sjukdom. Det hände på Toronto General Hospital i Canada och insulinet (eller snarare en brun sörja av extrakt från en hunds bukspottkörtel) var framställt av läkarna Charles Banting och Frederick Best tillsammans med kemisten James Collip. Banting fick senare dela nobelpriset i medicin med sin chef, John Mcleod, ett omstritt beslut.

Mindre känt är kanske att injektion i fettväv och muskulatur också är en tämligen ny företeelse i medicinhistorien. Intravenös injektion, alltså injektion in i ett

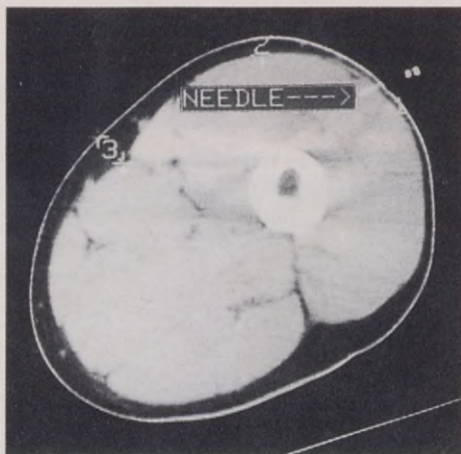


Bild 1: Datortomografi ger en bild i genomskärning av kroppen. Bilden visar låret i genomskärning hos en ung, normalviktig man. Det svarta är fett, det ljusgrå muskel och det vita i mitten benet. Fettet är mycket tunt på utsidan av låret. Pilen pekar mot en 13 mm lång nål som tränger långt in i muskeln.



Bild 2: Ett tvärsnitt genom kroppen strax ovanför naveln. Ryggen är nedåt. Man ser tydligt hur man kan nypa upp ett veck av hud och underhudsfett utan att muskeln följer med.

blodkärl, är känt och beskrivet sedan 1600-talet. Det dröjde dock till 1853 innan den skotske läkaren Alexander Wood beskrev hur man kunde injicera opium under huden för att få en smärtlindring inte bara lokalt utan i hela kroppen. Denna glasspruta, föregångaren till diabetikernas sprutor, finns faktiskt bevarad på medicinhistoriska museet i Edinburgh. Kanylen saknas och den är märkligt nog inte heller beskriven i dr Wood's publikationer.

Utvecklingen gick sedan snabbt och redan på 1890-talet skapades glassprutan med Luerfattning för nålen (uppkallad efter sin skapare, apotekaren H W Luer i Paris), en uppfinning som stått sig nästan oförändrad ända in i våra dagar.

Sträcka eller lyfta?

Från början verkar det ha varit vanligast att man lyfte upp ett hudveck vid injektionen. Nålar var ju också längre tidigare, delvis beroende på att flergångsnålar slipades och därigenom blev kortare och kortare. Även när engångsnå-

lar infördes fortsatte man att tillverka långa nålar, 20 mm längd blev vanligast i Sverige.

Någon gång på 60-talet började man att propagera för att sträcka huden vid injektionen. Orsaken skulle vara att minska risken för bildningen av fettkuddar på injektionsplatsen men jag har inte kunnat utröna vad man har grundat denna rekommendation på (de stora läroböckerna om diabetes brukar inte innehålla ett ord om injektionsteknik!).

1978 lanserades den metod som senare kom att bli den dominerande, den vertikala metoden. Man introducerade då en kortare nål än tidigare, 13 mm, och tanken var att man genom att föra in hela nålens längd vinkelrätt mot huden skulle deponera insulinet på samma djup varje gång och därigenom minska variationerna i upptag. Effekten blev den motsatta, se nedan.

På 80-talet har det alltså funnits tre skolor inom injektionstekniken. Några ville fortfarande lyfta ett hudveck, många ville sträcka huden men de flesta gick över

till den nya, vertikala, metoden när man bytte till kortare nålar.

Injektion i muskeln

1985 gjorde jag tillsammans med röntgenläkaren Björn Lindén på Falu lasarett en serie röntgenundersökningar av diabetikers injektionsområden med hjälp av datorstyrd skiktröntgen ("dator-tomografi") för att försöka ta reda på exakt hur tjockt fettlagret är på olika ställen. Orsaken var att jag hade en känsla av att fettlagret, framför allt på låret hos män, var för tunt för att man skulle kunna sticka en 13 mm lång nål rakt in utan att hamna i muskeln. Undersökningarna kunde snart visa att misstanken var riktig, fettjockleken på utsidan av låret var hos en normalviktig man inte mer än 5–6 mm, se bild 1, hos en normalviktig kvinna i genomsnitt 12–13 mm.

Jag har nu undersökt fettjockleken med hjälp av datortomografi och ultraljud på mer än 100 män och kvinnor och jag har faktiskt fortfarande inte hittat en enda man, överviktig eller normalviktig, som klarar vertikal injektion i övre yttre delen av låret utan att hamna i muskeln. Kvinnor har mer fett på sina låren men det finns många kvinnor som har mindre än 13 mm fett på utsidan av låret.

Män som använder den vertikala metoden i låret hamnar således nästan alltid i muskeln, hos kvinnor kan insulinet hamna ena dagen i muskel, andra dagen i fett.

Man har tidigare ansett att injektion i muskel skulle göra så ont att diabetikerna själva skulle upptäcka och undvika detta. I våra studier var det inte så, våra diabetiker kunde nästan aldrig känna någon skillnad i smärta mellan injektion i fett och injektion i muskel.

Har det någon betydelse?

Det verkar alltså uppenbart att många diabetiker har injicerat sitt insulin, åtminstone ibland, i muskel i stället för fettväv. En viktig fråga är förstas då vad det har för betydelse för upptaget av insulin till blodbanan och därmed vad det har för effekt. Vi har undersökt detta både i vila och under cykelarbete och i båda fallen funnit att upptaget från muskel i låret är väsentligt mycket snabbare än från fettväv.

I bukmuskel kunde vi i vila inte finna denna skillnad, upptag under arbete från bukmuskel har vi inte undersökt. Efter cykelarbete verkar det också som att den höga upptagshastigheten kvarstår även i vila efter arbetet, möjligen beroende på att insulin innan injektionen binds ihop till större komplex ("klum-

par") vilka måste brytas ner innan upptaget, något som skulle kunna påskyndas av muskelarbetet. Se mer om detta i artikeln "Insulinupptaget kritisk faktor" av Birgitta Linde i Diabetes nr 6 1987.

Det är alltså helt klart att insulininjektion omväxlande i fett och muskulatur kan ge mycket stora skillnader i upptag och därmed svängningar i blodssockret. Man skulle möjligen kunna tänka sig att utnyttja det snabba upptaget från muskeln genom att injicera där när man vill ha snabb effekt men sannolikt påverkas upptaget då för mycket av hur mycket man sedan anstränger muskeln. För vardagsbruk skall alltså insulinet injiceras i underhudens fettväv.

Nytt om injektionsområden

Det är nog väl känt för de flesta att insulinet tas upp snabbare från buken än från låret. Största skillnaden verkar gälla snabbinsulin. Snabbinsulinet ges ju idag ofta som måltidsdos med "penna" och avsikten är att möta den blodsockerstegring som kommer i samband med måltid. Snabbt upptag är alltså en fördel och buken blir den naturliga injektionslokalen för snabbinsulin.

Av erfarenhet vet vi att det går bra att injicera medellångverkande insulin i låret eller i skinkan.

Buken är ju ett stort område, är det verkligen samma upptagshastighet inom hela buken? Vi har undersökt detta genom att injicera radioaktivt insulin samtidigt på tre olika ställen på buken och ett på låret och sedan mäta hur snabbt insulinet försvinner från underhuden.

Resultatet blev något förvånande.

Insulinet försvann mycket fortare från ett ställe 12 cm ovanför naveln än 2 cm under naveln. Skillnaden inom buken var faktiskt lika stor som skillnaden mellan låret och buk! Vi håller just nu på med fortsatta studier av detta och det är ännu för tidigt att dra några praktiska slutsatser. Egentligen är det väl inte så konstigt att det inom detta stora område finns skillnader i upptag.

Hur ska man göra?

Underhudsfettet sitter inte fast på den underliggande muskeln utan går att lyfta upp i ett veck utan att muskeln följer med, se bild 2. Det finns bara ett sätt att vara säker på att inte sticka för djupt: att nypa upp ett hudveck med tre fingrar, se bild 3. Håller man kvar hudvecket under injektionen är man alldeles säker, vinklar man sprutan kan man troligen släppa hudvecket utan att nålen åker in i muskeln. Lyft ett hudveck vid injektion i låret och buk, på buken kan man faktiskt sticka igenom hela bukväggen på en mager person med en 13 mm lång nål! Injicera inom en handsbredd från naveln. I skinkan behöver man inte nypa, där är fettlagret minst ett par centimeter, även hos magra personer. På låren används ovansidan, gå inte för långt åt insidan, där finns stora blodkärl och nerver. ■

Anders Frid är avd läkare och forskar på avdelningen för klinisk fysiologi, Huddinge sjukhus.

Bilderna är hämtade ur skriften "Injektionsteknik vid insulinbehandling" av A Frid, utg av Becton Dickinson AB 1988.

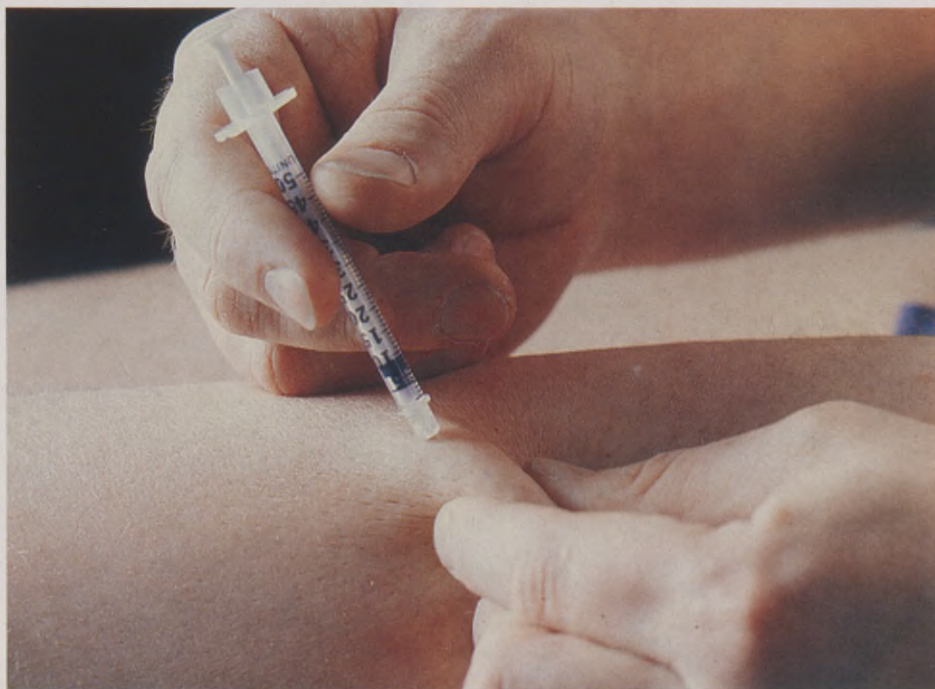


Bild 3: "Trefingersgreppet" när man lyfter upp ett veck.

MOT LJUSA VARMA TIDER

Nu är vi mitt i de stora mathelgerna igen. Vad sägs om glaserad fiskrätt till 1:a maj, kokt med citron och ackompanjerad av dragonsås som

smakar lika gott till den vårliga sallaten som till fisken. Inledningen är franska varma bönor, toppade med ett par rostade

mandlar. Vår eller inte – på Valborgsmässoafton satsar vi säkrast på en varm mustig oxsvanssoppa med festliga ostpastejer.

Matredaktör: Ulla Ingeson

"Ur led var tiden"

Inte blev det någon sommar förra året och nästan ingen vinter har det varit. Hur det ser ut i naturen när ni får denna tidning i handen vet jag inte men vid Valborg brukar man oftast få frysa. Därför föreslår jag en av mina favoritsoppor som helgmat. Den måste emellertid kokas i förväg så att man kan befria den från allt det onödiga fett. Får ni inte hjälp med att äta upp den stora satsen så är det bara att frysa in resten och njuta av oxsvanssoppa ännu en eller ett par gånger. Variera med kött och olika grönsaker eller ät klar soppa. Ostpastejer kan man lätt anpassa i mängd efter behovet. Pajdeg som blir över kan också frysas en

kortare tid och fyllningen kan göras i mindre sats. I pajdegen är fettmängden minskad och ersatt med kvarg (Kesella). Tänk vilken trevlig "kaka" att bjuda på till en kopp te!

Den som vill baka snabbare kan prova grahamsscones med Kesella istället för matfett.

Nötbakelsen till sist är en liten utsvävning i den "nya" diabetesmatens anda – bakad med vanligt socker. Men den som känner sig otrygg ska naturligtvis använda sitt vanliga ersättningssocker.

Skön, varm och solig helg!



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

Oxsvanssoppa

Oxsvanssoppa är ett riktigt långkok. Den som är lycklig ägare till en bra tryckkokare ska givetvis använda denna. Självt har jag två stycken och tycker att de är helt outhärliga. Den här soppan klarar man med tryckkokarens hjälp på ca 60 minuter. Efter den tiden är det enkelt att lossa köttet från

benen. Vätskemängden måste förstas minskas. Tryckkokaren ska aldrig fyllas till mera än 3/4 så att det finns utrymme för ånga. Tag också den mindre saltmängden från början. Det är så lätt att komplettera då man smakar av.

Dagen före valborgsmässoafton

ca 1½ kg nötsvans
ca 1½ msk vetemjöl, gärna Ideal mjöl
3 gula lökar
2 stora morötter
1 palsternacka
1 bit rotselleri (ca 100 g) eller
2 st stjälkar bladselleri
3-4 msk margarin
3 l vatten
1-1½ msk salt
1/2 tsk krossad svartpeppar (persiljestjälkar)

Skala och skär lök och rotsaker i bitar. Vänd köttbitarna i vetemjöl. Bryn dem väl runt om i en stekpanna. (Lägg inte i för mycket på en gång. Då blir köttet inte brynt utan kokt). Lägg över köttet i en rymlig gryta.

Bryn sedan lök och rotsaker och lägg dem efter hand i grytan. Vispa ur pannan med lite av vattnet och håll skyn i grytan. Tillsätt resten av vattnet, salt, peppar, lagerblad och ev persiljestjälkar.

Koka 3-3½ timme under lock tills köttet lätt lossnar från benen. Tag upp köttbitarna, sila från buljongen och ställ den kallt. Rensa köttet från ben, fett och brosk och skär det i små bitar. Grönsakerna är urkokta och brukar slängas men visst kan man äta dem som puré om man så önskar.

Valborgsmässoafton

8-10 portioner
2 morötter
1 purjolök
3 msk tomatpuré

1 msk soja
1 buljongtärning
2 msk vetemjöl
(2-3 msk sherry)

Tag bort fettkakan på buljongen. Skala och strimla morötterna, snitta och skölj och skiva purjolöken. Koka dem för sig, nått och jämnt mjuka, i lite av buljongen. Hetta upp resten av buljongen i en soppgryta, tillsammans med tomatpuré, soja och buljongtärningar. Rör ut mjölet i lite vatten, tillsätt under omrörning och låt koka 3-4 min. Lägg i kött och grönsaker, värm allt tillsammans. Smaka av, gärna med lite sherry. Servera soppan med finhackad persilja i en skål vid sidan om. Till soppan passar det bra med ett gott bröd eller varför inte små ostpastejer eller scones.

Ostpastejer

16 stycken
75 g margarin
1 dl Kesella
1½ dl vetemjöl
1½ dl grahamsmjöl
2 msk vatten

Fyllning:

ca 2 dl riven lagrad ost
4 tsk vetemjöl
2½ dl mjölk
4 ägg

Sätt ugnen på 225°. Gör pajdegen: Mät upp mjölet i en skål. Lägg i kylskåpskallt margarin, skuret i bitar. Finfördela fett med fingertopparna eller en gaffel till en smulig massa. Tillsätt Kesella och vatten och arbeta snabbt ihop till en deg.

Rulla ut degen till en längd, dela denna i 16 delar. Tryck ut varje degbit i en slät pastejform så att botten och kanter blir täckta. Placera formarna på en bakplåt. Lägg ca 2 tsk riven ost i varje form. Vispa ut mjölet i lite av mjöl-

ken, tillsätt resten och äggen och blanda till en jämn smet. Fördela äggblandningen i formarna, fyll dem till ca 3/4.

Grädda genast i mitten av ugnen tills äggstanningen stelnat, 15-20 min. Servera pastejerna varma till buljong eller klar soppa eller till en kopp te. Bra att veta: 1 pastej=1 skiva knäckebröd och pålägg.

Grahamsscones

24 stycken
8 dl grahamsmjöl
1 tsk salt
4 tsk bakpulver
1 burk Kesella (250 g)
(2 dl lagrad riven ost)
3 dl vatten

Sätt ugnen på 250°. Blanda mjöl, salt och bakpulver i en bunke. Rör ner Kesella och ev riven ost. Tillsätt vattnet, rör snabbt ihop degen. Dela degen i 6 delar och lägg dem på smorda plåtar. Platta med mjölad hand ut varje del till en rund kaka, ca 15 cm i diameter. Skära kakorna korsvis i 4 delar med en mjölad kniv. Grädda mitt i ugnen ca 10 min. Bryt isär kakorna och servera dem nygräddade.

Bra att veta: 1 scones=1 skiva mjukt bröd. Scones som blir över kan lätt färskas upp i brödrosten eller mikrovågsugnen.

Varm bönsallad

6-8 portioner
3 pkt djupfrysade haricots verts
1/2 dl sötmandel

Vinägersås med senap

ca 2 dl
1 msk osötad senap
1/2 dl ljus vinäger+1/2 dl vatten
1/2 tsk salt
(1 pressad vitlöksklyfta)

Vänd

VALBORGS-MÄSSOFEST

Oxsvanssoppa
Ostpastejer
☆☆☆

Grahamsscones med Kesella
☆☆☆

Varm bönsallad
Vårlig fisk med dragonsås
Kokt potatis
Grönsallat och rädisor
Nöt- och fruktbakelse



Foto: Göran Björling

MATEN... forts

2 krm grovmalen svartpeppar
1 dl olja

Koka bönorna nätt och jämnt mjuka i lättsaltat vatten.

Skålla och skala sötmandeln. Rosta dem därefter lätt i lite olja i en stekpanna. Lägg dem på en bit hushållspapper så att ev olja sugts upp.

Blanda senap, vinäger och kryddor i en skål. Tillsätt oljan, först droppvis, därefter snabbare så att såsen blir "krämig".

Håll vattnet av bönorna. Lägg dem på ett serveringsfat och håll över vinägersåsen. Strö till sist över de rostade mandlarna.

Glaserad fisk

6-8 portioner

800 g färsk eller djupfryst spättafile
4 msk vatten + 4 msk pressad citron
2 tsk salt
nymalen peppar.

Gelé

2 dl kokspad + vatten
1/2 fiskbuljongtärning
2 blad gelatin eller
1 1/2 tsk gelatinpulver

Garnering

citronskivor
gurkskivor
grönsallat
rädisor

Skölj hastigt färsk fiskfiléer, dela dem ev på längden. Tina djupfrysta filéer och dela dem på samma sätt om de är stora.

Lägg filéerna dubbelvikta i en låg vid kastrull (traktörpanna), håll över vatten och pressad citron. Salta och peppra. Sjud fisken under lock på svag värme tills fiskköttet är vitt eller ogenomskinligt, 5-6 min.

Lyft över fisken på ett serveringsfat, ställ det att svalna. Sila fiskspadet i en liten skål eller bunke. Lös gelatinet enligt anvisningar på förpackningen. Rör ner det lösta gelatinet i det heta fiskspadet. Ställ det att svalna och gör under tiden iordning garneringen. Lägg tunna skivor av citron och gurka på den kalla fisken. Ös över gelé, då det är som äggvita till konsistensen. Det gelé som blir över hålls på ett fat vid sidan om. Ställ bägge faten i kylskåpet ca 45 min eller tills geléet har stelnat.

Lossa geléet som ligger runtomkring fisken och hacka det fint. Gör på samma sätt med det extra geléet. Lägg sköljda grönsallatsblad runt den glaserade fisken, garnera med hackat gelé och tex skivade rädisor.

Dragonsås

3 dl gräddfil

1 tsk senap
3/4-1 msk dragon
vitlöksalt

Bra att veta: Såsen smakar lika bra till fisken som till sallader. Servera gärna i en skål vid sidan om grönsallat och tunt skivade rädisor. Kokt potatis eller ett gott grovt bröd föreslår jag som komplement.

Nöt- och fruktbakelse

16 stycken

Kakbotten:

3 ägg
1 dl socker (eller strösocker)
1 msk vatten
1 1/2 dl nötkärnor (ca 100 g)
1/2 dl potatismjöl

Garnering:

1 dl vispgrädd
1 burk persikor i eget späd
(ca 300 g frukt)

Sätt ugnen på 175°. Smörj och bröa en brödform (1,5 l). Mal nötkärnorna på mandelkvarn. Skilj på gulor och vitor. Vispa gulorna med sockret (eller sötmedlet) till en pösigt smet, droppa i vattnet under tiden.

Blanda de malda nöterna med potatismjölet och rör ner det i äggsmeten.

Vispa vitorna till hårt skum och vänd ner dem i smeten allra sist. Häll smeten i formen och grädda i nedre delen av ugnen ca 35 min. Dela kakan då den svalnat i 8 lika delar. Gör ett snitt på längden och tre på bredden. Klyv därefter var och en så får man 16 små bakelsebottnar.

Täck kakorna med vispgrädd och placera tunna persikoklyftor ovanpå.

Bra att veta: 1 bakelse har ett sockerinnehåll som motsvarar en vanlig fruktportion och fett som en "dubbel" fettportion på bröd. Grädden kan minskas eller uteslutas och då tar man bort upp till drygt hälften av fett. Om kakan bakas med sötmedel är det bara fruktens socker kvar att ta hänsyn till - i detta fallet bara några gram per portion.

Under årens lopp har läsare då och då hört av sig med önskemål om bredare innermarginal på matsidorna så att man slipper slå hål i texten när man sätter in sidorna i pärmen därhemma. Redaktionen är tacksam för alla förslag till förbättringar av tidningen. Men redaktionen föreslår istället att den som vill spara matsidorna köper tunna plastfickor att stoppa in "maten" i, de är ganska billiga, skyddar mot fläckar och man får hålen på köpet.

Red.



Marknadsledaren
med det bruna locket.
Finns där du handlar.

Det smakar godare

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

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

Canderele Strö är det enda lågkalori-strösocker som smakar så gott som socker.

Canderele finns även som tableter för varma drycker, i 100 och 300-förpackning.

CANDERELE® STRÖ

med Nutra Sweet®*

Sockerfritt strösocker.

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.

Det närmaste du kan komma en smärtfri injektion

Ett oberoende testinstitut har jämfört **InsuPak** insulinspruta med fyra andra sprutor. Resultat?

InsuPak blev värderad till att vara den insulinspruta som kom närmast en smärtfri injektion.

Diagrammet förklarar varför.


InsuPak-kanylen kräver mindre kraft för att tränga igenom huden jämfört med de fyra andra. Ju mindre kraft – desto närmare en smärtfri injektion.

Hemligheten bakom detta är en mycket skarp och tunn kanyl, specialbehandlad med silikon.

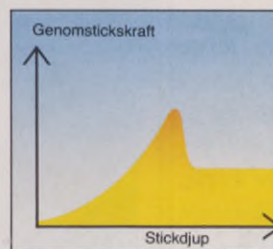
Den tränger fort igenom huden, nästan utan att du märker det.

Be därför nästa gång att få prova **InsuPak**.

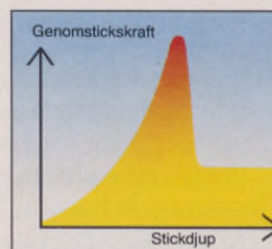
Godkänd av handikappinstitutet som kostnadsfritt hjälpmedel



INSUPAK® U-100

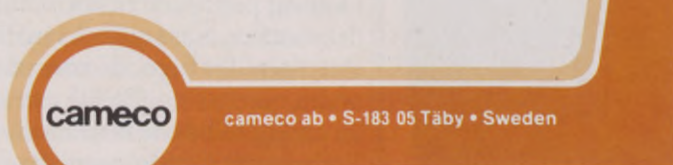


InsuPak



Annand testad insulinspruta

Den mindre kurvan visar att InsuPak tränger lättare igenom huden.



Tel. 08-756 03 35

Tjejer håller stilen – springer hela milen

En stor magnifik tjejträff. En mil ihop med 25 000 tjejer känns lättare än tre kilometer på egen fot.

Så skriver *Lalla Lindström*, diabetiker sen åtta år, om Tjejmilen, världens största löpartävling för tjejer.

Röda i ansiktet, varma av ansträngningen och med stora, förtjusta leenden mot varandra böjde vi oss och sträckte och tänjde ut musklerna. Runt om oss såg vi tusentals tjejer göra likadant.

En mils skubbande var över, Gärdet i Stockholm sjöd av liv – mormödrar, vänner, glada, svettiga tjejer och killarna som väntade vid barnvagnarna.

– Vi gör om det här nästa år! sa vi entusiastiskt.

Det var precis så där roligt, härligt och fantastiskt som andra påstått. Det är lättare att springa en mil tillsammans med 25 000 andra tjejer än ensam fem kilometer. Man bärs fram av fnittret, skratten, gemenskapen.

Nej till 33 mil

Det började på våren. Min vän Barbro ville ha sällskap på Tjejmilen. Visst, sa jag, och skickade in min anmälan innan jag hunnit ångra mig. Jag motionerar hyfsat regelbundet, cyklar och går mycket, men jag har knappast sprungit mer än några kilometer förr. Men med lite träning borde det gå, räknade jag med. Och loppet tar ju bara omkring timmen, så sockret borde inte bli några problem att hålla i schack. När Barbro för några år sedan skulle cykla Vätternrundan, då tackade jag däremot nej. 33 mil på cykel? Jag vågade inte, hade nyss börjat ta sprutor och fruktade att jag skulle säcka ihop på vägen.

Sedan har jag lärt mig att med lite planering – mindre insulin eller mer mat – så går det lika bra för mig som för andra att motionera.



Det gick ett par veckor och jag sprang sådär tre gånger i veckan. Men sen började jag hitta på en massa ursäkter. Det regnade, jag kom hem för sent, sockret låg för lågt, sockret låg för högt...

Så blev det semester, med god mat och bad i Jugoslavien och Italien, utan några speciella fysiska aktiviteter.

Formen var alltså inte den bästa i augusti. Men eftersom jag vet hur mycket bättre jag mår av motion, och eftersom jag hade pressen på mig av kompisarna som skulle springa tjejmilen, så började jag träna igen. Jag sprang ett par gånger i veckan, oftast mellan tre och fem kilometer, men aldrig mer än sex km. Det gjorde mig lite orolig – skulle jag klara en mil?

Stor tjejträff

Men redan dagen innan, i kön till nummerlapparna, kände jag värmen och sammanhållningen, Tjejmilens speciella atmosfär. Det surrades friskt på göteborgska, skånska, norrländska, stockholmska. På osvenskt vis talade man med alla obekanta; "Vilken grupp ska du starta i?" "Har du tränat mycket?"

Så när jag vaknade på söndagen var jag enbart förväntansfull. Det kändes snarare som om jag skulle till en magnifik, trevlig tjejträff än som att jag skulle genomföra en stor Prestation!

En och en halv timme före loppet tog jag en spruta, samma dos snabbverkande insulin som vanligt, och åt normalt. I stället hade jag minskat lite på den långverkande dosen på morgonen.

Och jag proppade fickorna fulla med druvsocker. När jag kom i mål var det slut, men det berodde mer på att de andra tjejerna tiggde lite extra energi än att jag behövde höja blodsockret. Barbro och jag tog tunnelbanan till Gärdet. Det myllrade av folk, vi fick gå slalom mellan alla som ville vara med om den stora folkfesten i det

vackra vädret. Där fanns också alla tiotusentals tjejer med nummerlapp på bröstet – men vi lyckades finna vår löparkompis Majvor under skylten "L" där vi stämt träff.

Vi gav oss in i horden av tjejer som hoppade, sträckte och tänjde. Uppvärmningen hade startat.

"Bravo tjejer"

Vi fick knappt rum, armbågarna slog i grannens, vi nästan trampade på varann, men vad gjorde det! Man bad om ursäkt, nickade och log.

Själv slukade jag en stor kall, sliskigt härlig glass, med nötter och kola i. Jag kände mig darrig och "låg", och en sån här dag unnade jag mig lite synd istället för druvsocker och macka...

Starten gick över förväntan, trots trängseln. Vi gick långsamt fram under startbanderollen. Killarna i högtalarna förmanade och förmanade, lätt skärrade. Vi skrattade, tyckte att deras oro var obefogad – tjugotusen tjejer springer inte ner varann. Huvudsaken är ju inte att springa fortare än alla andra, utan att klara av milen.

Och killarna lät lättade – "Bravo tjejer!" – över att allt gick så lindrigt.

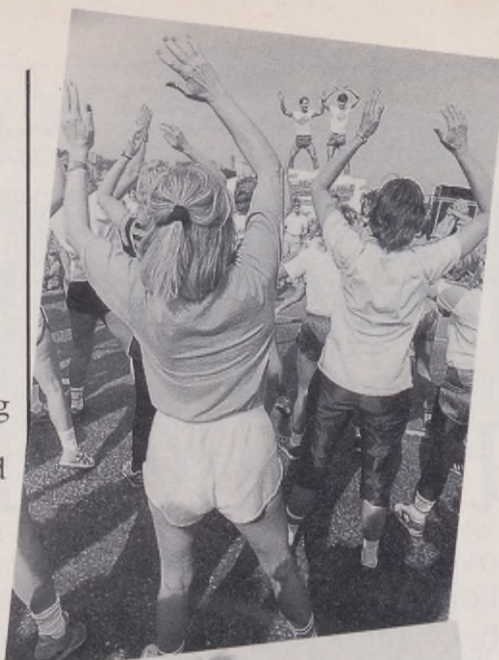
"Doftloppet"

Vi hade startat längst bak i gruppen som skulle klara milen på ungefär 55 minuter, med tanken att löpa i kölvattnet mellan två grupper, i lagom takt. Men flera av tjejerna verkade ta det rejält lugnt. Det blev stockning, första kilometern gick inte fort. Långa sträckor gick vi.

Det surrade i luften av tjejniss och uppmuntrande tillrop. Solen sken och den långsamma takten var nog rätt lagom. Jag kände mig lätt som en fjäder, det var skönt att springa och antagligen skulle jag ha rusat iväg långt över min förmåga om vägen mot Djurgården hade legat fri och inte varit fylld av fladdrande hårmanar. Så det var nog tur att det gick långsamt.

"Satmaran". "Doftloppet". Smeknamnen på tjejmilen har blivit många under de fyra år den arrangerats – första året anmälde sig 1 600 tjejer, 1987 var det 29 100.

Eau de colognen som skulle ligga som en doftsluss i luften kände jag inte mycket av – däremot började svettdoften tränga igenom vid första backen på Djurgården. Det var kvavt



Obs! Anmälningstiden till höstens tjejmil har på grund av det stora intresset redan utgått. Max antal deltagare är 25.000. Arrangör är Stockholm Marathon, tel 08/671930.

och varmt i luften.

Framför oss sprang ett gäng unga tjejer i grönrandiga träningsdräkter. "Vi vill ha applåder!" skanderade de taktfast med jämna mellanrum.

Och det hjälpte, åskådarna som trängdes vid sidan av löparbanan för att få en skymt av oss alla sprack upp i stora leenden och började applådera. Annars verkade de faktiskt tröttare och mer håglösa än vi som sprang loppet.

Även tjejer som, i sakta mak och med svetten lackande, långsamt segade sig upp för de få backarna såg ut att trivas utomordentligt. Någon snubblade och föll; genast lyfte många vänliga händer upp henne.

Fötterna tog oss vidare nästan utan att vi tänkte på det. Vi tre tjejer hade fullt sjå att hålla rätt på varann i trängseln, vid en vätskekontroll tappade vi nästan Majvor, hon hamnade några meter bakom och det räckte för att vi inte skulle se henne.

Nio kilometer

Stora skyltar annonserade varje sprungen kilometer. Och varje gång applåderade vi och skrek uppmuntrande till varann.

Längs Djurgårdskanalen ökade vi lite. Skaran hade spritits ut något och vi lubbade med längre steg.

På Djurgårdsbron stod två killar och skrek: "Tjejer, är ni trötta?" De fick ett rungande NEJ till svar från oss alla och fortsatte: "Är ni glada?" och fick ett ännu mer unisont JA till svar.

Titta! Nio kilometer! skrek plötsligt någon i horden av flickor och helt plötsligt blev våra steg ännu spänstigare. Tvärtemot vad jag trott innan, så ökade vi sista kilometern och spurtade upp mot målet. Tid: En timme och fem minuter.

Efter att ha tänjt ut musklerna i benen tog jag blodprov – jag låg rätt högt, runt elva, trots ansträngningen. Men med en glass innan och sportdryck vid vätskekontrollerna var det kanske inte konstigt. Jag avstod från ostkakan som bjöds vid mål, för att spara mig inför vår planerade Tjejmilmiddag på kvällen. Tillfället måste ju firas.

Vi hängde stolta medaljen runt halsen och sa På återseende! till tjejerna runt om.

Alla verkade ha sprungit av en enda anledning: Att ha skoj. Lyckokänslan efter loppet satt i länge efteråt, kroppen kändes lätt och jag trivdes osedvanligt bra i den.

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.



FRÅGOR OCH SVAR



Jan Östman
Docent



Ulla Ahlin
Diabetessjuksköt.



Elisabeth Bredskogh
Diabetessjuksköt.



Yvonne Cronström
Dietist



Gerd Faxén
Dietist



Stina Söderberg
Psykolog



Leila Schubert
Fotterapeut

FRÅGA: Jag är en tjej på 18 år som har haft diabetes sedan jag var 7. Jag är tillsammans med en underbar kille sedan 2,5 år och vi är på väg att flytta till en ny ort. När vi väl har etablerat oss vill vi naturligtvis ha barn. Vi är nämligen väldigt barnkära.

Är det stor risk för att få ett missbildat barn eller barn med diabetes när den ena föräldern har diabetes samt även andra i släkten har det?

Hur stor är risken för att barnet skulle få diabetes under uppväxttiden?

Ska man använda insulinpump eller går det bra med "penna" under graviditeten?

"Tack på förhand"

SVAR: Det är mycket viktiga frågor Du tar upp och jag tror att många i Din ålder är intresserade. När det gäller hur ofta barn till föräldrar med insulinberoende diabetes sedan barn-ungdomsåren insjuknar i diabetes ligger risken under 5 procent. Under senare år har man funnit att risken är större om fadern har diabetes än modern. Tidigare har förelegat högre risk för missbildningar hos barn till diabetiska mödrar jämfört med till friska mödrar. Genom intensifierad insulinbehandling och blodsockerkontroll, speciellt under den första graviditetsperioden har denna skillnad nära nog eliminerats. Den första för fostret så viktiga perioden kan ju inträffa utan att graviditeten är känd eller fastställd. Av den anledningen bör kvinnor som planerar graviditet i samma stund söka åstadkomma bästa möjliga sockerkontroll.

Erfarenheterna är också att det många gånger är lättare att åstadkomma bra sockerbalans under graviditeten än före och efter, och till stor del torde detta sammanhänga med att man är mer motiverad än vanligt under graviditetsperioden. Det är inga eller små skillnader mellan blodsockernivåer som kan uppnås med insulinpump jämfört med insulinpenna. Båda metoderna bygger på täta självkontroller och att insulin doser

och kost etc regleras noggrant med hänsyn till aktuella blodsockernivåer.

Vissa patienter känner sig mer motiverade att genomföra självkontroll vid behandling med insulinpump och uppnår därför bättre resultat än med insulinpenna. Man måste dock veta att risk för att insjukna i "syraförgiftning" är något större om man bär insulinpump än om man använder insulinpenna. Anledningen här till är att den insulinmängd som per tidsenhet förs in mellan måltider är väsentligt mindre än den mängd som man injicerar med spruta. Låt mig ge ett exempel: Om man behöver basaldos med insulinpump på 12 enheter/24 timmar så betyder det att en halv enhet injiceras under en timme, och ytterst ringa injiceras under den tid det tar att injicera insulin med spruta. När det gäller injektion av medellångverkande insulin kanske 12-20 enheter eller mera injiceras vid ett och samma tillfälle, alltså väsentligt mer/gång.

Om graviditet planeras bör blodsockerkontrollen snarast skärpas, med täta bestämningar. Frekvensen sammanhänger med hur blodsockret brukar variera samt hur regelbunden man är i fråga om kost, motion osv.

Jan Östman

FRÅGA: Jag skulle vilja veta hur det är med sockerhalten i utländska frukter. Det finns så många nya, spännande frukter man är nyfiken på. Kiwi, mango och andra mer ovanliga som man sällan minns namnen på. Und-

rar också över ananasens sockerhalt.

"Kiwi"

SVAR: Fukt och bär har ett ganska högt innehåll av sockerarter, men också av fibrer.

Enligt senaste rön inom kost vid diabetes betonas helhet och sammanhang mer än det enskilda livsmedlet.

För att svara direkt på din fråga så är det inte enbart sockerhalten i frukten som är avgörande för den blodsockerhöjande effekten. Av stor betydelse är fibermängd och sort samt grad av sönderdelning. Vi vet idag att hel frukt ger en flackare glukoskurva än juice och puré samt att pektin, gelbildande kostfiber som finns i frukt, minskar blodsocker- och insulinvar. Av intresse kan då vara att se på socker och fiberinnehåll i till exempel äpple och jämföra med några mer exotiska frukter. Ett medelstort äpple väger ca 105 g och innehåller 15 g kolhydrat varav 2 g är fiber (se tabell nedan).

Frukt är verkligen godis och vi kan glädja oss åt alla nya sorter. Frukt passar bra som avslutning på måltid, som mellanmål eller varför inte som smörgåspålägg. Dessutom är frukt en viktig vitaminkälla, speciellt vitamin C (se tabell). Där inget annat anges utgår jag från medelstora frukter.

Gerd Faxén

Frågor till panelen adresseras till DIABETES, Box 5023, 12505 Älvsjö.

Fruktsort	Vikt	Vit. C	Kolhydratmängd (g)	Fibermängd (g)
Äpple	105 g	8 mg	15	2
Päron	110 g	6 mg	17	3
Ananas (färsk)=2 skivor	80 g	12 mg	10	1
Ananas i egen juice	100 g	10 mg	16	1
Fikon (färskt)	50 g	1 mg	7	1
Kiwi	65 g	48 mg	9	2.4
Mango (1/2)	100 g	28 mg	17	1.7
Nektarin	95 g	5 mg	11	1.7
Papaya (1/2)	125 g	78 mg	14	2
Passionsfrukt	45 g	14 mg	10	7

Källor: Ulla Sahlén: Vad är det i maten? Näringsämnen per portion. Statens Livsmedelsverk: Livsmedelstabeller 1986

(Avrundade tal)

VETERANERNA

NY DOKTOR FÖRÄNDRADE LIVET

— Av Ulla Ernström Foto: Reportagebild/ Tobbe Gustavsson —

– Ibland vill jag slänga ut sprutorna genom fönstret, jag kan bli trött på alla måsten år ut och år in, säger Kerstin Thimgren.

Kerstin är säkert inte ensam om att tycka så. 51 år med diabetes blir åtskilliga tusen injektioner.

Men nästan lite nostalgisk kan hon också bli, vid minnet av de små, röda karamellerna som barn med diabetes fick på Syster Annas sjukhem på 1940-talet. Kerstin tror att de har betytt mycket för hennes hållning till söt-saker idag; att ingenting känns förbjudet.



Sommaren 1942 tillbringade Kerstin Thimgrens familj vid Bråviken. Barnen i trakten spelade upp en kabaré, där insamlade pengar gick till Norgehjälpen, det var ju krig. Kerstin står till vänster om prinsessan, som är hennes syster.

Med Kerstin Thimgren i Hägersten, en närförort i Stockholm, framför ögonen må det vara förlåtet att skriva om nyponblommehy, färgriktedom i klädseln, lila jumper, och ögon som glittrar, fast det kan låta som en klyscha. Man tar henne utan tvekan på allvar när hon säger att hon aldrig har tråkigt.

– Det är när jag ser veckotidningarnas artiklar om hur fruktansvärt det är att vara diabetiker som jag kan bli ledsen. Det stod bland annat stort uppslaget om en pojke som hade räddat sin fästmo, som gått ner i koma, till livet ett flertal gånger. En nyinsjuknad diabetiker som

läser detta kan bli osäker och rädd av en sådan bild.

Kerstin Thimgren är 55 år och har haft diabetes sedan hon var fyra. Med 51 års diabetes bakom sig finner hon sig inte i att andra fattar vilka beslut som helst om hennes diabetes.

– Det är ju min sjukdom och mig själv det handlar om.

Till exempel vägrade hon att gå över till insulin 100 och fick då genom sin läkare dispens att ha insulin 40 IE kvar. Det är insulin hon använt i ett halvt sekel och mått bra, därför kändes det malplacerat att släppa något som fungerade. Dess-

utom var och är Kerstins två doser så små att det var risk för feldosering med det mer koncentrerade insulinet.

Kerstin tycker inte att diabetes har varit någon avgörande nackdel för hennes liv.

– Helst hade jag förstas velat slippa sjukdomen. Men jag har alltid levt med min sjukdom, jag hade kloka föräldrar som var noga med att jag inte skulle leva annorlunda än andra barn och ungdomar och glömde nästan bort att jag hade diabetes. Det berodde också på att jag hade turen att, efter ett par oroliga år, träffa en läkare som förstod sig på diabetes och framför allt barn.

Opsykologisk början

Familjen Thimgren bodde på Ströms slott i Lilla Edet, i en av tjänstebostäderna, när Kerstin fick diabetes hösten 1937. Hon drack och kissade så att en sjuksköterska rådde dem att åka till Uddevalla lasarett.

– Det blev en opsykologisk början. Här måste vi ge en spruta, så det är bara att dra upp kjolen, sa syster och stack. Jag fick en chock, blev väldigt rädd för sprutor, bara mamma fick sticka mig, tills jag var tretton år och tog över injektionerna själv.

Den doktor som kom att betyda mycket för Kerstin och hennes sjukdom hette Möllerström. Han ansåg att diabetiker skulle äta en allsidig kost, därmed var han före sin tid och hans åsikter inte accepterade. Andra läkare ansåg att det var fet mat och sockerförbud som gällde i diabeteskost. Medan Möllerström tyckte att man skulle leva så normalt som möjligt om man hade diabetes. Låt flickan äta wienerbröd, men ha aldrig sådana hemma, sa han till föräldrarna. Med en sund kost i hemmet kunde enstaka kalas tillåtas när man var borta. Möllerström fanns på Syster Annas sjukhem i Vasastan i Stockholm, nu nedlagt. Familjen Thimgren hade flyttat



– Efter två oroliga år med diabetes och läkare som ingenting visste träffade jag doktor Möllerström. Min omtänksamme far hade hört talas om honom, var vet jag inte. Denne läkare hade en för sin tid ovanlig syn på diabetesbehandlingen, han ansåg att diabetiker skulle äta en allsidig kost, vilket han var ganska ensam om på 1940- och 50-talen. Möllerström förändrade mitt liv, med honom försvann förbuden.

från Lilla Edet till Norrköping, men där inte lyckats få någon läkare som kunde diabetes. Kerstin hade haft diabetes i två år när stockholmsläkaren anlätades och delvis kom han att sköta sin patient per post. Tills Kerstin var elva år och Stockholm blev familjens nya adress.

– Första gången hos Möllerström var jag sex år gammal och fick fyra små, röda karameller. Förundrad slickade jag på de läckra tingen, ville inte äta dem fast det var tillåtet. Varje dag fick vi yngre diabetiker fyra röda karameller. När jag åkte hem hade jag samlat en hel påse full av dem. Men har inga kvar, de skulle väl ha krupit själva vid det här laget, det är 45 år sedan.

– Jag tror att de plötsligt tillåtna karamellerna inverkat så att jag sedan aldrig haft någon större lust på godsaker. De är inte förbjudna, jag har vetat att jag får om jag vill. Men jag väljer hellre fralla med ost till kaffet än en maffig kaka.

Operation

Kerstin har aldrig hållit diet. Sedan diabetesdebuten har hon ätit vanlig mat, men har låtit bli överdrifterna. Hon äter allt, med måtta, tar aldrig om. Kerstin hör inte till dem som provar sitt blodsocker hemma. Det är så mycket stickande ändå. Hon menar att hon känner när hennes blodsocker är på väg att bli för lågt eller högt. Med undantag för under uppväxttiden har hennes blodsocker varit stabilt. Enda gången hon drabbats av verklig oordning på sockret var

natten då Olof Palme mördades. Då "blev det ingen ordning på nånting", Kerstin fick insulinchock och vaknade upp på Huddinge sjukhus.

En gång i sin ungdom måste Kerstin operera bort svullnader, om tre och ett halvt hekto, under huden på sina lår, som fått allvarliga skador av ett alltför ensidigt stickande. Det lärde henne hur viktigt det är att sprida injektionerna även till andra ställen på kroppen.

– Det jobbigaste med diabetes är när man blir förkyld och måste ta mer insulin och äta fast man inte är hungrig, tycker hon.

– Och så när man blir inlagd på sjukhus för något annat och sjukvårdspersonalen säger att "din diabetes bryr vi oss inte om, den får du sköta själv", eller när läkaren säger att nu gör vi så och så med din sjukdom och jag vet att det blir fel.

Kerstin har varit med om båda och har råkat i luven på läkare, som blivit förnärade av att bli tillrättavisade av en patient. Men när det har visat sig att Kers-



Kerstin, 4 år, med sin mormor.

tin hade rätt har hon fått ursäkter, om än något otydligt mumlade.

Motionspromenader

Hon går på kontroll tre eller fyra gånger om året. När den läkare hon haft i många år hade flyttat och diabetesavdelningen ville ge henne en ny protesterade hon och sa helt frankt; då kommer inte jag. Och eftersom det geografiska avståndet till den "gamle" läkaren fortfarande var överkomligt kunde det hela ordnas. Hon slapp byta läkare fast hon då bodde i "fel" sjukvårdsområde i Stockholm.

Kerstin bor i tvårumslägenhet med sina två hundar. Med dem får hon sina dagliga motionspromenader. Annars har hon inte lagt så stor vikt vid motionen, lite simning bara.

Under många år kom Kerstin att arbeta i familjens egen firma, sålde papper och var mycket ute på resande fot, bland annat till Island, som var en stor kund. Nu arbetar hon på kontor.

– Trodde knappt att jag skulle få något nytt arbete när jag var över 50, men jo då, det gick bra.

Tiderna viktiga

Kerstin var gift i femton år, men tycker att hon har det så bra ensam att hon inte har känt lusten att börja om i något nytt samboende. Hon har inga egna barn. Syskonbarnen betyder mycket. Utlandsresor företar Kerstin gärna, i den mån hon har råd. Nya bekantskaper informerar direkt om att betar hon sig lite konstigt utan att ha druckit konjak ska de ge henne några sockerbitar.

– Diabetes är "ingenting", säger Kerstin, men är nog medveten om att hon med den utsagan kan verka provokativ på andra diabetiker som fått känna av förändringar som en följd av sin sjukdom. Hon har själv sluppit allt vad senkomplikationer heter, men vet inte vad det kan bero på. Proven på om hon har någon egen insulinproduktion kvar var negativa.

– Jag tror att det är viktigt att hålla på tiderna, det har jag gjort. Som diabetiker kan man leva som alla andra. Man behöver inte det fetaste och det söta. Jag följer Möllerströms råd om måttan.

– Jag minns när jag var inlagd på endokrinologen på Karolinska sjukhuset och vi var ett gäng som kom ner till cafeterian. Diabetikerna rusade fram och frågade stressat "har ni sockerfritt?", de kunde ta både två och tre smörrutor "för diabetiker". Medan jag tog en vanlig finsk pinne. Räkna ihop mjöl och fett i "diabeteskakorna" så blir det ingen skillnad. ■

EN OMGÅNG MED DATORN

Av Ann-Sofi Lindberg

– Jag vill ge diabetikerna självförtroende. Då känner de sig mindre sjuka, förklarar docent Martin Fahlén vid Kungälvssjukhus på sitt försynta sätt.

Men så drämmer han i:

– Många av diabetikernas psykiska besvär har ju i själva verket tekniska lösningar. Genom att gå en match mot datorn och i förlängningen sig själv blir det kul att förstå sin åkomma.

– Man får inte förringa tekniken, menar Martin Fahlén, docent från Kungälv och pionjär när det gäller självkontroll av blodsocker.

– Ta insulinpennan till exempel, vilken

lättnad den har medfört för många diabetiker. Eller blodsockermätaren.

Nu har han skapat en ny metod för att lära sina diabetiker att förstå sjukdomen.

Det är ett dataprogram, som består av



– Att må bra är det viktigaste målet för diabetesbehandlingen. Det säger visionären från Kungälv, docent Martin Fahlén.

– Det är för mycket prat om komplikationer vid diabetes. De ska ju leva också. Och leva ett så bra liv som möjligt.

Foto: BLR FOTOGRAFERNA AB, Anders Wejrot.

frågor, svar och kommentarer till varje svar.¹⁾

– När mina patienter kommer hit får de slå sig ned framför den här dataskärmen, visar han och sätter sig vid tangentbordet. Om de är insulinberoende trycker vi på den här tangenten och vid typ 2-diabetes eller kostbehandling väljer man en annan.

Bertil Bjerrek har en insulinberoende typ 2-diabetes och ska för andra gången i sitt liv försöka ge datorn en omgång. Han börjar med att knäppa ned sitt namn på tangentbordet. Sedan uppträder en ljusblå rektangel på en lysande kornblå bakgrund. Frågorna ställs i röd text och är av flervalstyp.

– B-cellerna finns i bukspottkörteln, det var inte svårt, utbrister han självsäkert och får en ny bild med "Alldeles riktigt" på skärmen och en kommentar till sitt svar.

Rött blinkande hjärta

Nästa uppgift är litet värre. Vad gör glukagon?

– Det sänker inte blodsockret... väl? För det gör ju insulinet! Vänta litet nu, det måste höja blodsockret, tvekar Bertil Bjerrek men bestämmer sig ändå för detta svar och får rätt igen. I skärmens övre högra hörn blinkar ett rött hjärta uppmuntrande.

Fråga nummer tre är lurig. Vilket organ tar hand om insulinet, undrar skärmen.

– Det är väl njuren, chansar han och en ny bild visar att han trodde fel. Ett nytt försök ger bättre resultat och vi har nu lärt oss att **levern** är en mötesplats för insulin och blodsocker.

Diabetessköterskan Karin Wängdahl-Andersson sitter bredvid Bertil Bjerrek och de resonerar litet kring varje fråga. Hur många enheter extra insulin behöver en genomsnittsdiabetiker för att klara en glass på 100 gram? Bertil funderar länge och väl men bestämmer sig till slut för 20 IE.

– Fem glassar eller en hejdlös festmåltid kan du få för den dosen om du är genomsnittlig, läser vi på skärmen.

Bertil höjer på ögonbrynen och är rejält förvånad.

– Då är det inte så farligt med en glass

¹⁾ Frågorna bygger på studiehäftet "Insulinbehandling på blodsockrets grund" (Fahlén/Lithner 1987).

då, utbrister han och konstaterar att det räcker med 4 IE extra insulin.

Skolplikt vid diabetes

– Dataprogram i sjukvården får nog snart anses som vetenskap och beprövad erfarenhet, säger Martin Fahlén.

Det skulle betyda att behandling som saknar sådant kunde anmälas till sjukvårdens ansvarsnämnd.

– Vi har sedan flera år tillbaka använt ett dataprogram för att registrera och följa upp våra 400 diabetiker. Med hjälp av det kan vi snabbt räkna ut till exempel hur det genomsnittliga HBA1-värdet ser ut respektive förändras för dem.

– Eller vad överviktiga eller rökare har för värden. Vi får en helt annan överblick och kontroll över patienterna och kan följa upp dem systematiskt. Och recepten ligger inprogrammerade i systemet och skrivs ut med utgångspunkt från de fakta som registreras vid kontrollbesöken, förklarar Martin Fahlén och bläddrar i en liten pärm full med färdigskrivna recept som han sluppit skriva ut själv.

– Vi har hittills tittat för litet på **resultatet** av vården. Organisation och behandlingsmetoder i all ära, men med ett dataregister av den här typen kan vi faktiskt utläsa hur diabetikerna mår, det vill säga hur bra vi är på att följa vårdprogrammet. Och det är ganska originellt. Martin Fahlén nämner som ytterligare exempel på resultatorienterad vård att 90 procent av diabetikerna på mottagningen nu har flerdosterapi.

– Visst är det dyrt med datorer, medger han, men det lönar sig med god vård och det inser politikerna. Varför inte införa skolplikt för diabetikerna förresten? Vi tvingar ju alla barn att gå i skolan för att det är nödvändigt och det är samma sak med diabetes.

I vår har Bohuslandstinget bestämt att 2,6 miljoner kronor per år ska satsas på ett speciellt vårdprogram för diabetiker. Doktor Fahlén är naturligtvis nöjd med att hans datorprogram får stöd bland beslutsfattarna.

Oviktigt med alla rätt

– Min uppfattning är att de som är duktigast på att svara rätt på de här frågorna också har betydligt bättre HBA1-värden, fortsätter han.

Tidigare undersökningar visar ett negativt samband mellan kunskaper och äm-



En timme tillbringas Bertil Bjerrek framför skärmen med diabetesfrågor. Diabetessköterskan Karin Wängdahl-Andersson hjälper till.

– Vi diabetiker i Kungälv är verkligen privilegierade, säger han. Jag talar sällan om min diabetes, men sköter den noga efter de råd jag får här.

Foto: Ann-Sofi Lindberg.

nesomsättning, vilket tolkats på olika sätt.

– Det är främst de yngre diabetikerna som har bäst resultat, berättar Martin Fahlén. Men det viktigaste är inte att ha alla rätt på frågorna. Det har ingen, inte ens läkarna här.

– Jag vill att de ska ha kul och samtidigt lära sig litet om sin sjukdom. Jag tror nämligen att människor **vill** kunna saker om sig själva och att de blir besvikna när de inte kan det.

– Så i stället för att behöva lyssna på min eller sköterskans enahanda gramofonskiva varje gång de kommer hit får de ta revansch på datorn.

Egen dator

Datafrågorna finns ännu så länge bara på Kungälvssjukhus, som är så pass unikt att patienterna har en "egen" dator.

Registerprogrammet, däremot, har så smått börjat spridas till flera andra kliniker. Den stora stötestenen är att sjukhusen ofta saknar själva datautrustningen som krävs för att använda programmet, som erbjuds gratis genom två läkemedelsbolag.

Bertil Bjerrek, vår patient, börjar nu närmast slutet av frågorna. Nästan varje

fråga ger upphov till små diskussioner med syster Karin. Han utgår från sin egen erfarenhet, undrar och frågar mer. – Rekyleffekten är bekant, den har jag fått känna på många gånger, säger han. – Men att sticka sig med 45 graders vinkel och hudlyft, det gör jag inte. När jag till exempel sitter på ett sammanträde så sticker jag diskret in pennan rakt in i magen...

Syster Karin lugnar:

– Om man har litet pondus över magen som du så går det säkert bra ändå. Men är man smal så finns det inte så mycket fett att sticka i och då kan man hamna i musklerna i stället.

En av de sista frågorna handlar om sockermängden i ett glas mjölk.

– En sockerbit, tippar Bertil, som själv aldrig dricker mjölk.

– Det blir en smaklös mjölk, tror datan och berättar att rätt svar är tre sockerbitar.

Nu är stunden kommen då resultatet av en timmes intensiv tankeverksamhet ska avslöjas:

47 av 68 möjliga poäng.

Bertil Bjerrek är inte nöjd.

– Det kanske går bättre nästa gång, hoppas han.

RUTINOPERATION SLUTADE I KATASTROF

— Av Ann-Sofi Lindberg —

Christer Blomqvist, 26 år, var en av de diabetiker som köade för en ny bukspottkörtel. I höstas blev han opererad på Huddinge sjukhus. 11 dagar senare var Christer död.

En inre blödning hade uppstått i en kirurgisk söm, som brustit strax efter operationen.

DIABETES har vid flera tillfällen berättat om de framsteg som görs vid transplantation av bukspottkörtel. Vi anser det viktigt att peka på de möjligheter som finns för diabetiker att öka sin livskvalitet. Men vi kan samtidigt inte blunda för de risker som fortfarande är förknippade med ingreppet.

Därför följer här en skildring av hur illa det kan gå.

Christer Blomqvist från Västerhaninge strax utanför Stockholm hade haft diabetes sedan nio års ålder. Hans syn försämrades gradvis och i det läget frågar läkarna om han vill genomgå en transplantation av bukspottkörteln.

Han blir glad över chansen att få slippa sprutorna och den sista september 1987 opereras han.

Dagen därpå förs han över från intensivvårdsavdelning till en transplantationsavdelning. När hans familj på kvällen hälsar på honom klagar han över smärtor på vänster sida av magen, är febrig och trött men i övrigt positiv till operationen.

I respirator

Samma natt ringer man från sjukhuset hem till Christers föräldrar och berättar att en blödning inträffat och att den nya bukspottkörteln tagits bort. När de nästa dag kallas till sjukhuset ligger sonen i respirator.

Bakgrunden är att Christers hjärta stannat två gånger kvällen innan, men genom massage åter kommit igång. Han hade hittats livlös i sin säng på avdelningen, som helt saknar resurser för intensivvård. Det blev ny operation, den nya körteln avlägsnas och man upp-täcker en stor blödning i en av söm-

mar som anslutit bukspottkörteln till ett blodkärl.

Läkarna vet inte i detta läge hur pass hjärnskadad Christer är. Men hans tillstånd försämrades för varje dag och när inget som helst hopp om livet finns kvar stängs respiratorn av. 11 dagar efter operationen avlider Christer Blomqvist, 26 år gammal, efter ett ingrepp som kunde ha betytt ett nytt och annorlunda liv för honom.

Vad gick snett?

Varför blev det så här, undrar säkert läkarna nu. Vad gick snett, kunde Christers död ha förhindrats?

Föräldrarna Ralf och Inger Blomqvist är övertygade om detta. De har också anmält den professor som gjorde operationen till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för att pröva om något fel har gjorts.

Det är flera saker de är kritiska mot. För det första vad som hände under själva operationen, när tråden läkaren sydde med gick av. Ansvarsnämnden kommer att pröva om han gjorde rätt i att ta en ny tråd och skarva över den gamla sömmen. Själva menar professorn att detta är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det var just vid detta ställe som den stora blödningen, som ändade Christers liv, inträffade.

För det andra undrar föräldrarna varför inte den eftervårdande personalen fått veta att tråden hade brustit, för att då kunna vara extra vaksamma över hans tillstånd.

Dessutom anser makarna Blomqvist att en patient efter en sådan här operation bör vårdas på intensivvårdsavdelning längre än som nu skett.

I ett brev till Svenska Diabetesförbundet väddar de om att våra medlemmar diskuterar om de ska genomgå transplantation "i förebyggande syfte".

"Svenska Diabetesförbundet bör föra denna diskussion för Edra medlemmar för att det aldrig mer ska behöva inträffa en så fullständigt onödig död och ett sådant lidande som detta innebär för de efterlevande, och för oss, som var helt inställda på en rutinoperation och en förbättring men som i stället slutade i katastrof."

I en kommentar till det som hänt skriver docent Jan Östman, ordförande i för-



Christer Blomqvist dog 11 dagar efter transplantationen.

bundets läkarråd och nära medarbetare till den läkare som utförde transplantationen, bland annat följande:

*"Ingen ifrågasätter värdet med **samtidig** transplantation av pankreas och njure till diabetiker med grav njurskada. På senare år har också transplantationer av enbart bukspottkörtel utförts. Erfarenheterna där är mer begränsade. Det innebär att i varje enskilt fall risker väges noggrant mot möjliga vinster. Först efter genomgående utredning och diskussion inom läkargruppen och med patienten, vanligtvis också anhöriga, fattas beslut i endera riktningen.*

När det gäller Christer Blomqvist så hade han otvetydiga tecken på komplikationer och man kunde dessvärre också förvänta att dessa ökade inom en inte alltför avlägsen framtid.

När det gäller den specifika frågan om komplikationer som inträffat i anslutning till och efter operationen har jag tagit del av min kollegas utlåtande och jag kan då inte utläsa att någon försumlighet föreligger."

När man talar om risker i samband med en operation brukar man titta på den så kallade ettårsöverlevnaden. Fram till och med 1983 låg denna i Sverige på 85 procent av alla pankreasoperationer. Siffrorna har successivt förbättrats så att mellan 1984–85 avled 10 procent inom ett år och av dem som opererats under 1986 klarade alla att leva med sin nya bukspottkörtel i minst ett år.

Den vanligaste orsaken till dödsfallen är infektioner, orsakade av de starka immunsuppressiva medlen. Infektion i sårområdet kan också leda till den typ av blödning som drabbade Christer.

Transplantationer av bukspottkörtel har samtidigt ökat på Huddinge sjukhus, från 15 stycken 1984 till 16 1985 och 20 1986. ■

Rätt med geléhallon

Litet socker i samband med måltid spelar ingen roll. Så lyder de nya signalerna från våra kostexperter. Ännu ett exempel på detta är en studie vid Danderyds sjukhus i Stockholm.

Undersökningen visar att man kan byta ut en del av en fullständig måltids kolhydrater mot snabba kolhydrater, till exempel godis. Men det totala energi- och kolhydratinnehållet måste då vara konstant.



I samband med ett mellanmål eller större måltid kan man byta ut en del av kolhydraterna mot litet godis.

I testet ingick 16 diabetesungdomar, som alla hade passerat sin "honeymoon". De fick äta två olika mellanmål.

Måltid nr 1 bestod av 80 g vitt bröd, matfett, ost och 200 ml light-läsk.

Måltid 2 bestod av 35 g geléhallon, 30 g vitt bröd, matfett, ost (fast något mindre mängd) och 200 ml light-läsk.

Båda målen innehöll vardera: 365 kalorier, 13,5 g protein, 15 g fett och 42 g kolhydrater.

Varje testmåltid intogs två gånger per person och blodsockret mättes före och sex gånger efter måltiden var 30:e minut.

Man fann ingen skillnad i blodsockersvar efter de båda mellanmålen. Det går alltså bra att stoppa i sig en handfull snask i en måltid bara man tar bort motsvarande mängd kolhydrater från något annat. ■

Nytt sätt behandla insulinresistens

Subkutan insulinresistens betyder att man är extremt okänslig för insulin tillfört under fettvävnaden. Detta är ett mycket ovanligt tillstånd och man vet ingenting om hur det uppstår. Nu har ett forskarlag vid Danderyds sjukhus upptäckt ett sätt att behandla patienter med detta problem.

Insulinbehovet hos dessa patienter är vid subkutan injektion mångdubbelt större än normalt, medan intravenös tillförsel ger ett helt normalt behov av insu-

lin. Tidigare försök att behandla patienterna med insulin genom en kateter i magen har misslyckats på grund av kateterstopp och infektioner.

Den nya metoden innebär att man kopplar en insulinpump till en speciell kateter av polyuretan. Ingången sker i magen genom en inplanterad hudgenomgång av titan. Insulinet flödar in direkt i bukhålan.

På detta sätt har en 27-årig kvinna minskat sitt insulinbehov från 200 IE per dygn till cirka 30 IE. Hennes HbA1c har sjunkit från tidigare nivåer på över 15 % (ref <5,6 %) till normala nivåer. Behandlingen har medfört en klart förbättrad ämnesomsättning. ■

Fiberform till frukost

En studie vid barnkliniken i Linköping visar att Fiberform, ett koncentrerat fiberpreparat, kan ha en dämpande effekt på vissa diabetikers blodsockerstegring efter frukost.

Bakgrunden till undersökningen är att det är svårt att förhindra en alltför kraftig blodsockerstegring efter frukost hos barn och ungdomar med diabetes. Om man sätter till fibrer i kosten motverkas ett snabbt upptag av kolhydrater. Problemet är att tillräckligt fiberrik mat inte alltid upplevs som aptitlig.

Studien bestod av två delar. I den ena

fick försökspersonerna 7 gram Fiberform tillsatt till sin vanliga frukost. I den andra gruppen åt man fibrerna inbakade i bröd. Båda grupperna jämfördes med försökspersoner som fick samma mängd placebo.

Man fann en viss sänkning av blodsockerhalten hos de personer som fick Fiberform, jämfört med de andra, med 1,5–2 mmol/l.

Gruppen som åt fibrerna inbakade i bröd var mest nöjd – att strö dem direkt på maten upplevdes av en del som mindre aptitlig.

Fiberform är ett svenskt läkemedel som är tillverkat av vetekornets skaldelar och innehåller 80 procent kostfiber. Det finns på apoteket i olika förpackningar och kostar mellan cirka 36 och 100 kronor. ■

Nya mätarna mer tillförlitliga

Att den andra generationen blodsockermätare är mer tillförlitlig än de första apparaterna visar en undersökning gjord på medicinska kliniken, Danderyds sjukhus.

En intensifierad insulinbehandling som syftar till normala blodsockervärden kräver regelbundna självtester och en mätutrustning att lita på både inom de låga och de normala mätområdena.

256 prover togs på diabetiker under flerdosbehandling. De analyserades och jämförelser gjordes mellan blodsockermätarna av äldre typ, Diascan (Home

Diagnostics Inc) och Reflocheck (Boehringer Mannheim) respektive de nyare Glucometer II (Bayer Ames) och Reflux (Boehringer Mannheim).

Resultaten gav systematiska mätfel på de båda förstnämnda blodsockermätarna, medan de sistnämnda befanns vara mer tillförlitliga inom både de hypotillåga och normalglykemiska mätområdena.

Undersökningsresultaten redovisades på en posterutställning i samband med läkarstämman i december 1987. ■

MED DE NYA INSULINPENNORNA TAR DU HELA DOSEN I TVÅ ENKLA MOMENT

Nu har 2:a generationens insulinpennor kommit. De doseringssäkra och lätthanterliga har blivit ännu enklare. Du blir mer flexibel och oberoende. Du känner dig säkrare och mår därför bättre.



Förinställning av dosen.

Den viktigaste förbättringen är att doseringen är ännu enklare. Nu tar man hela dosen i två enkla moment:

1. STÄLL IN DOSEN.

Dosen ställs in före injiceringen.

2. INJICERA.

När nålen är instucken tar du hela dosen med en vrid-rörelse. Du är alltid säker på att få exakt rätt dos utan att behöva räkna.

Större insulinampuller.



De nya ampullerna rymmer 2.5 ml dvs 250 enheter. Du behöver inte byta så ofta och det blir mindre åtgång i form av spill vid byten. De nya ampullerna är försedda med tydliga färgmarkeringar. Ampullerna med suspensioner, avsedda för Insuject-X 2.5 ml, har en form och ampullerna med snabbinsulin har en annan form som gör att de passar i sin respektive penna. Ingen förväxlingsrisk.

Automatiskt nålsystem.

Insuject-X 2.5 ml för suspensioner av medellångverkande NPH-insulin och blandningar med NPH-insulin har dessutom ett automatiskt nålsystem som drar ur nålen när skyddshatten sätts på. Det blir inget läckage och därmed ingen risk för förhöjning av insulinkoncentrationen.



Insuject 2.5 ml, Insuject-X 2.5 ml och kanylen är kostnadsfria hjälpmedel.

Tala med din läkare eller sjuksköterska om nya Insuject från Nordisk.

Insuject 2.5 ml Insuject-X 2.5 ml

DE NYA INSULINPENNORNA MED FÖRINSTÄLLNING AV DOSEN.



Nordisk Gentofte

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

KORT OM DIABETES

Föreningsfonder

Diabetesföreningen i Malmö har inrättat en stipendiefond om 100.000 kronor, varur medel kan beviljas för alla typer av projekt med anknytning till diabetes

som befinnerse välförtjänta. Dessutom kan medel beviljas ur en fond om 25.000 kronor för projekt som anknyter till diabeteskost.

Hälften fick bättre syn

En undersökning gjord vid ögonklinik, Regionsjukhuset i Örebro, visar att vitrektomioperation förbättrade synen hos 26 av 51 synskadade diabetiker.

"Vitrektomi" kan bli aktuell vid de svåra formerna av ögonskador som kan bli följden av diabetes. Operationen innebär att blod och ärrvävnad avlägsnas från glaskroppen och näthinnan med kirurgiska metoder. Laserbehandling hindrar glaskroppsbildning och näthinneavlossning endast om den ges i ett tidigare skede.

Av de 51 patienterna fick 26 synförbättring omedelbart eller under de första sex månaderna efter operationen. Anledningen till att operationen inte ledde till bättre syn i övriga fall var i de flesta fall att näthinnan var för allvarligt skadad av sjukdomen. Utvecklingen inom denna form av kirurgi har dock gått snabbt och det uppges i en artikel i Läkartidningen att resultaten sannolikt är bättre nu än vad de var 1983 då de 51 patienterna opererades. Vidare uppfölj-

ning visar att de som fått en bättre syn också har fått behålla den förbättrad.

Intervjuer påvisar många positiva följder för de 26 patienterna. De behövde mindre hjälp i det dagliga livet, de kunde



läsa sin post, ta del av massmedia, två patienter återfick förmågan att köra bil och flera kunde återigen cykla i trafik. Resultaten av Örebroundersökningen ger stöd för att vitrektomipatienter bör prioriteras högt inom sjukvården.

Broschyren om Sofie

Broschyren "Det här är Sofie, hon är elva år och har diabetes" finns åter att få, uppdaterad. I den berättar Sofie om sin diabetes, om varför hon måste ta injektioner, att hon inte kan äta precis när som helst, och hennes föräldrar och läkare förklarar vad Sofies diabetes innebär. Broschyren är tänkt som en inkörs-

port till samtal om diabetes mellan barn och föräldrar, samt kan den vara underlag för diskussioner med sjuksköterskor och läkare. Priset är 5 kronor. Beställes genom Svenska Diabetesförbundet, Box 5023, 12505 Älvsjö, tel 08/81 04 90.

Filmen som gick

Det gick en film om diabetes i TV i februari, den hette "Så länge du lever". Den handlade om en pojke i tioårsåldern som fick diabetes och därmed vändes allt upp och ner i familjen, bestående av mamman och honom själv. En fästman kommer in i handlingen och känner sig försmädd när mamman, enligt honom, ägnar all sin tid åt sonen och ständigt bekymrar sig om hans sjukdom. Mammas oro går också ut över jobbet.

Visar filmen en verklig bild? Är det så det kan vara? frågade vi en förälder som har barn med diabetes, Agneta Vi-berg, Sundsvall.

– Jag såg filmen tillsammans med min dotter, nu 18 år, och hon tyckte att filmen skildrade fruktan för nattliga känningar och tröttheten efteråt när det händer på ett bra sätt, hon kände igen sig.

– Typiskt var också mammans tendens till överbeskydd av sonen. Det är lätt att bli så där orolig.

Diabetesskola på Mösseberg

Vid årsskiftet startade Sveriges första diabetesskola utanför sjukhusvården. Det är Mössebergs kurort i närheten av Tidaholm i Västergötland som öppnat diabetesskola för patienter med typ 1 och typ 2 diabetes. Under två veckor får de lära sig diabetes av en diabetessköterska, dietist, fotvårdsterapeut samt av en läkare som knyts till verksamheten. Efter "grundkursen" blir det en uppföljningskurs efter sex månader och under mellanperioden kommer en sjuksköterska att följa patientens egen vård.

Kursprogrammet kan sammanfattas i kost, motion, fotvård och rökavvänjning och man beräknar att kunna ta emot 8–10 patienter i varje kurs. Kursdeltagarna ska ha haft diabetes i minst ett år. Diabetikerna, som kan vara från hela landet, tas emot på läkarremiss. Diabeteskurserna på Mössebergs kurort vill vara ett komplement till den öppna sjukvården i alla landsting. (Tel. 0515/13220, 18355).

Fick rätt efter fem år

Efter fem års kamp har en familj från Skåne beviljats halvt vårdbidrag för sonen Patrik. Patrik fick diabetes 1980 när han var fem år och familjen fick vårdbidrag under en tid. Men i november 1981 upphörde bidraget trots att problemen kvarstod med mat, insulinsprutor och ständig tillsyn. Mamman överklagade försäkringskassans beslut till försäkringsrätten. Där var det stopp.

Men nu har försäkringsöverdomstolen upphävt försäkringsrättens beslut och familjen beviljades halvt vårdbidrag från november 1981 tills skolstarten 1982.

Filmen slutade med att det var pojken som försökte trösta sin mamma och göra henne glad. Han hade fått ny styrka.

– Det är klart att det kan vara så ibland, om det är vanligt vet jag inte. Men visst var det min dotter som tröstade mig när också pojken i familjen fick diabetes. Jag tror att barnen gärna vill visa föräldrarna att de klarar av situationen själva, för att de vill hjälpa oss föräldrar. De känner när det behövs.

Ring så svarar vi

– Ring och fråga om diabetes!

Sedan ett par år tillbaka kan man ringa Diabetesforum på LUCD, landstingets undervisningscentrum i Stockholm, och fråga om diabetesproblem. Svar får man per brev inom ett par veckor.

– När vi startade telefonservicen trodde vi att det främst var patienter som skulle höra av sig, berättar Urban Rosenqvist, läkare på LUCD.

– Men nu vet vi att de flesta samtalen kommer från vårdpersonal, läkare framför allt. Och det är väl i och för sig bra, men patienter är också välkomna att höra av sig.

Vad frågar man då om?

– Kost, alkohol, viktproblem och fotokogulation är vanliga frågor, säger Urban Rosenqvist.

Telefonnumret till Diabetesforum är 08/7292710.

Socker i medicin

Folkpartiet har lagt in en motion angående svensk text på läkemedel som innehåller socker. Diabetiker riskerar helt ovetande att få i sig socker genom att tex vissa laxermedel innehåller socker som inte deklarerar på etiketten på svenska. Sockermängden uttrycks på läkemedlens etikett i gram saccharum, detta uppfattas av de flesta som saccharinnatrium – sötningsmedel. De mediciner det främst gäller är bulklaxativ, hostmediciner, vitaminpreparat och antibiotika.

Feldos vanligare?

Feldosering av insulin kan ha ökat det senaste året. Det intrycket har sjuksköterskan Elisabet Svensson på socialstyrelsen som handlägger anmälningar om felbehandlingar i akutsjukvården.

– Det är inte uteslutet att ökningen kan ha något att göra med övergången till insulin 100, säger hon i Helsingborgs Dagblad. I två fall har man förväxlat gamla sprutor med de nya. I ett fall visste en sjuksköterska inte om att det gamla insulinet var kvar på licens. I ett annat fall hade sjuksköterskan inte blivit informerad av läkare om det nya insulinet. Risken för förväxling av sprutor är större i sjukvården, där det finns flera typer av sprutor, än den är i hemmet.

Franskt avvisas i Sverige

En fransk forskarrapport visar att barn med nyupptäckt diabetes kan slippa ta insulin om de behandlas med cyklosporin. Svenska läkare ställer sig avvisande till behandlingen, bland annat på grund av allvarliga biverkningar.

De franska forskarna studerade 40 barn med typ 1 diabetes, de behandlades i genomsnitt 48 dagar med cyklosporin, som trycker ner immunförsvaret och därför används mot avstötning efter transplantationer. Två tredjedelar av barnen kunde efter behandlingen sluta med insulinsprutor. Efter ett år var det dock bara hälften som fortfarande klara-

de sig utan insulinet. Forskarna rapporterar bara minimala biverkningar.

Dr Gisela Dahlqvist, diabetesspecialist vid Sachska barnsjukhuset i Stockholm är skeptisk. Njurskador är en känd biverkan av cyklosporin. En dansk undersökning visar också att diabetesbarn drabbats av denna komplikation. Vid en världskongress i Monaco nyligen enades de närvarande bland annat om att cyklosporinbehandlingen inte är lämplig, dels på grund av biverkningsrisken och dels därför att den inte ger någon bot mot diabetes.

Vägvisare i Norrbotten

Diabetikerna är många i Norrbotten, fler än i andra delar av Sverige, procentuellt sett.

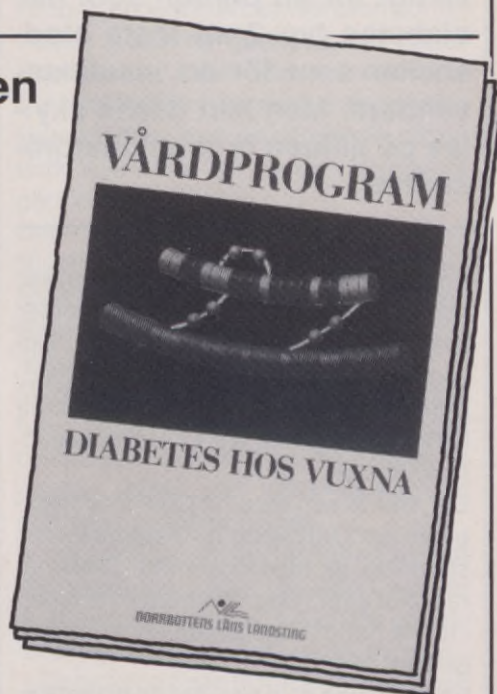
En utbildningssatsning på diabetes för läkare, sjuksköterskor i primärvården och 150 distriktssköterskor under 1970-talet har fört fram till ett nytt komplett vårdprogram, som satts på pränt 1987. "Vårdprogram – Diabetes hos vuxna", är utgivet av Norrbottens läns landsting. Vad kommer det att leda till?

– Ett utbildningsanslag är beviljat så att vi kan utbilda personalen på länets sex medicinkliniker och 30 vårdcentraler, säger Ulf Måwe, distriktsläkare, Luleå, en av de drivande krafterna bakom arbetet med vårdprogrammet.

– Grundprincipen är att utbilda där det finns behov. Genom vårdpersonalens ökade kunskaper om diabetes och sjukdomens vård blir patientomhändertagandet bättre, patientinformationen förbättrad.

I vårdprogrammet ingår bland annat psykologiska aspekter, behandlingsprinciper och terapimål, kost, patient-

omhändertagande av typ 1 och typ 2 diabetiker, diabetesinställning, hjälpmedel. Programmet torde vara något av en garanti för en bra diabetesvård i Norrbotten. Liknande satsningar på utbildning av vårdpersonal över hela landsting har tidigare gjorts i Stockholms län och i Malmöhus län.



Tvekamp med diabetes

Det är inte så ofta man i allmän press får tillfälle att läsa välskrivna artiklar som dessutom är upplivande och roliga att läsa trots att de handlar om ett så allvarligt ämne som diabetes.

Tidningsredaktionen hittade en sådan artikel, ganska lång, i tidskriften Det Bästa nr 10/87. Det är Teresa McLean som berättar personligt om hur det är att vara diabetiker och hur det har påverkat

hennes liv. Hon hoppas att det hon skriver ska kunna vara till hjälp för andra som är diabetiker eller lever tillsammans med en diabetiker, "om så bara genom att visa att till och med min exceptionellt instabila diabetestyp har gett mig mycket mer än den berövat mig". Gamla nummer kan köpas direkt från Det Bästa (tel 08-7520360) i Stockholm.

HJÄLPMEDLET

Blodsockertest för typ 2 diabetiker

Stick att vinna på

Av Ulla Ernström

Äldre diabetiker som reglerar sin sjukdom via tabletter och/eller kost nödgas ibland ta en kamp med sin vårdpersonal för att få teststickor för blodsockermätning utskrivna. Det är märkligt eftersom det är lika viktigt för en person som har diabetes typ 2 att testa blodsocker som för en insulinvändare. Men kan delvis skylas på diffusa ordinationsföreskrifter.

En del av förklaringen till att diabetiker som inte är insulinanvändare möter motstånd när de vill börja testa sitt blodsocker och begär att få stickor och blodprovstagare utskrivna som kostnadsfria hjälpmedel står att söka i ordinationsföreskrifterna.

Där står till och med ett Obs! före stycket om att "Ordnation av material för bestämning av blodsockerhalt. Skall göras först efter noggrann bedömning och i första hand till insulinanvändande diabetiker".

En anvisning som betyder att diabetiker typ 2 som sköter sin diabetes med tabletter och kost inte ska uteslutas från möjligheten att få testmaterial för blodsockerbestämning. Enligt vad DIABETES erfar tolkas ordinationsföreskrifterna ändå så i många fall. Ordinationsvägledningen är formulerad på grundval av socialstyrelsens författningar och det är där en ändring måste komma till stånd. Svenska Diabetesförbundet har beslutat uppmärksamma socialstyrelsen på detta.

Det är viktigt att även äldre diabetiker får testa sitt blodsocker – om de vill. Och det blir ett allt vanligare önskemål bland yngre typ 2 diabetiker, som tagit till sig budskapet om "den nya diabetesmaten" och vill ha kunskaper istället för förbud. Den som har upptäckt att blodsockertest har vissa fördelar framför urintest, som vanligen ordineras äldre



Tyvårr får inte alla diabetiker som vill testa sitt blodsocker hemma tillgång till testmaterial. Av skäl som det är hög tid att ändra på: Ordinationsföreskrifterna.

diabetiker, ska inte behöva köpa sitt testmaterial.

Ökad total användning

Användningen av testremсор för blodsockerbestämning har ökat successivt, som en följd av moderna behandlingsmetoder, med insulin i flerdos och nya hjälpmedel, som blodsockermätare. Testmaterialet, testremсор och lansetter för blodprovstagning, är kostnadsfritt, det går på den allmänna försäkringen, men lämnas ut på apoteken.

– Jag vet inte vad det kan bero på att typ 2 diabetikerna har ställts åt sidan i ordinationsföreskrifterna när det gäller testmaterial för blodsocker, säger docent Urban Rosenqvist, Landstingets undervisningscentrum för diabetes i Stockholm (undervisning av personal på vårdcentralerna).

– Det är viktigt även för den gruppen att testa blodsockret. Blodsockertest har fördelar, är lättare att förstå än urintest. Kopplingen mellan blodsockret och vad man äter är mer begriplig och man får ett snabbt svar på om man har mått bra av det man har ätit. Blodsockertest har också ett större mätområde.

– Vid urintest har man problemet med förhöjd njurtröskel. Har man det, vilket inte är ovanligt, kan man ha ganska hö-

ga blodsockervärden utan att det ger något utslag i urintestet.

Att experimentera

Att testa sitt blodsocker handlar om att lära sig experimentera, kanske göra spännande upptäckter. Kanhända visar blodsockervärdet att den där kakan eller den där såsen inte spelade någon roll.

– Men det finns ett visst motstånd mot att lära ut det till äldre diabetiker, anser Rosenqvist. De får inte information om hur de ska göra.

Även patienter med typ 2 diabetes kan utveckla diabetiska senkomplikationer och för att förhindra uppkomsten av sådana är det viktigt att ha ett så bra blodsocker som möjligt.

Urban Rosenqvist beskriver hur det skulle kunna vara, med yngre typ 2 diabetiker som har ganska god syn i tankarna kan man kanske förmoda. Samtal med läkare på några vårdcentraler visar något av hur det kan vara i praktiken ifråga om blodsockertest och äldre patienter, men att en ny generation kan innebära viss förändring.

– Det är inte många av våra typ 2 diabetiker som frågar efter blodsockerstickor, säger Pavel Novak, läkare på vårdcentralen i Finspång. Vi är på intet sätt ne-

gativa till att ordinera sådana stickor, men efterfårgan är faktiskt inte stor. På mellan tvåhundra och trehundra patienter är det kanske tio-femton som använder blodsockerstickor.

– De flesta patienterna är i åldern 70–75 år och vi avgör från fall till fall om patienten kan ha användning för blodsockerstickor. Urintest är vad de flesta använder, för det är enklare att hantera. Man kan väl säga att det är de yngre typ 2-diabetikerna som frågar efter blodsockerstickor. Visst kan det bero på att en del inte känner till möjligheten.

Hög medelålder

Majvor Sethson, läkare på vårdcentralen i Eksjö, säger att när det är frågan om blodsockertest för äldre så har vi hamnat hos fel person, för hennes dia-

betespatienter är i hög ålder, medelålder 85 år, och bor inte hemma utan på institution. Att testa sitt eget blodsocker är knappast att tänka på.

– Det gäller ju att ge information till patienterna så att de kan använda hjälpmedlen, förklarar hon.

– Många äldre diabetespatienter tycker det är en otänkbar procedur att ta blodprov på sig själva och anbringa blodet på en sticka som ska läsas av mot ett färgfält. Testning av alla slag ses som en pålaga, som att man lägger på patienterna ytterligare problem, och som läkare vill jag inte skapa problem för en patient i första taget.

– Jag skulle inte tveka att skriva ut dessa testmaterial om jag visste att patienterna kunde använda dem. Man ska inte skriva ut bara för att de finns. ■

Patienten Först var jag rädd

– Jag gick i en föreningscirkel där allihop fick pröva hur det var att sticka i fingret och lära vad man kan få ut av det. Först var jag rädd för att sticka mig själv. Nu har jag bett att få blodsockerstickor av distriktssköterskan.

Dagmar Wigren, 65 år, Stockholm, har kommit över sin rädsla för att ta blodprov på sig själv.

– Jag var mest orolig för att det skulle bli en massa märken efter stickan, men det blev det inte. Jag hade nyss haft influensa när vi i cirkeln gjorde de första tester-

na på oss själva och fick ett rätt högt värde, 12 mmol/l.

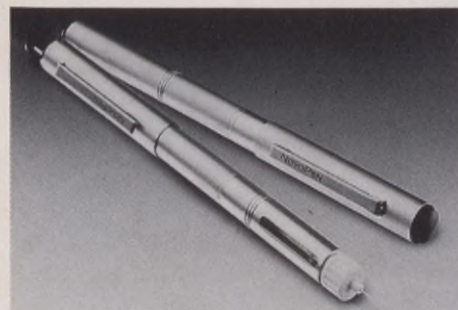
– Urintestet är enkelt att sköta, men jag har aldrig upptäckt något socker där.

Nu har Dagmar Wigren begärt av distriktssköterskan att få testmaterial för blodsockerbestämning, stickor och lansetter. Om hon får det vet hon för dagen inte säkert.

– Jag tror att det är bra att kunna testa på det sättet om jag känner mig lite krasslig. Då kan jag direkt se mina blodsockervärden och jag vill kunna följa upp dem under en hel dag. Det vore skönt att slippa besvara distriktssköterskan alltför ofta och kunna testa sig själv hemma. Men så ofta kommer jag nog inte att testa mitt blodsocker. ■

Läs noga om pennan!

— Av Ulla Ernström —



– Vi ska förbättra informationen till ordinarie läkare och uppmanar diabetikerna att läsa och följa bruksanvisningen, uppger Novo på frågan om varför insulinpennan ibland tycks sluta fungera.

– Plötsligt gick den bara av! berättar Karin Estemark, 20 år, Karlstad, om sin insulinpenna från Novo.

Det är nu något år sedan det hände och Karin Estemark fick gå till diabetesmottagningen och få en ny insulinpenna utskrivna.

– Ja, det har hänt i några fall att pennor har gått av, men de är få i förhållande till hur många av våra insulinpennor som finns ute, säger Kristina Pernvi på Novo

Vänd

Remsan som får nej

— Av Ann-Sofi Lindberg —

Tänk dig en blodsockermätare som tar tiden själv. Där man inte behöver torka av stickan och inte kalibrera. En så enkel grej finns väl inte.

Jo, men du kan inte få testrem-sorna gratis. De bygger på en ny princip som inte accepteras av myndigheterna.

I dag är endast kombinationsrem-sor för visuell avläsning godkända av handikappinstitutet, och därmed kostnadsfria. Det betyder att man antingen kan läsa av dem mot en färgskala på en burk eller låta en blodsockermätare göra detta.

Den nya blodsockermätaren, One Touch, är av annan typ än dem som nu finns på marknaden. Testrem-sorna avläses nämligen optiskt och kan inte bedömas med blotta ögat.

Mätaren har prövats på Huddinge sjukhus, både på diabetesmottagningen och på kem lab. Omdömena är positiva överlag, både vad gäller testresultat och den nya mätprincipen.

– Jag beklagar om de här rem-sorna inte blir godkända, säger Ulla Ahlin. Hon är diabetessköterska och har låtit patienter pröva One Touch på mottagningen.

– De tycker att den är förfärligt enkel och är helnöjda med att använda den.

Lars Wårnberg på handikappinstitutet säger att testrem-sorna inte kan avläsas visuellt och att det är förklaringen till att de inte är kostnadsfria.

Varför måste de kunna läsas med ögat?

– Annars kan de inte användas i den blodsockermätare som är gjord för synskadade och alltså har en extrafunktion, säger Lars Wårnberg.

Att den nya apparaten kan ha andra fördelar jämfört med redan befintliga mätare tycks man inte ta någon hänsyn till, utan hänvisar till den pågående hjälpmedelsutredningen.

Det är knappast troligt att One Touch kommer att lanseras i Sverige om inte rem-sorna blir kostnadsfria. De är nämligen mycket dyra. ■

LÄS NOGA OM... forts

i Malmö, och tillägger:

– Orsaken till dessa händelser är att handhavaren vid något tillfälle måste ha utsatt insulinpennan för våld av något slag. Våra produkter är noggrant testade, men just det här felet är av en sort vi inte kunnat upptäcka.

Karin Estemark bekräftar att hon råkat tappa sin väska en gång, med insulinpennan, i fodral, inkluderad. Men att det förlöpte flera månader mellan när det hände och att pennan gick mitt itu.

– Det var en hel del strul med min första penna, säger Karin. Men annars är insulinpennan bra, jag tycker att fördelarna med den är många jämfört med vanliga sprutor och jag mår bra med fyrdos.

Novo uppger att de insulinpennor som tillverkas idag är starkare och att det inte kan inträffa något brott på dem.

Företaget medger även att ett ganska stort antal insulinpennor reklamerats och att det har varit en del samtal om pennor som inte fungerat. Via läkare och apotek har användarna återlämnat

pennorna och fått nya som ersättning.

– Brukarna av de här pennorna tror att pennorna inte fungerar, fast det gör de, säger Kristina Pernvi. Förmodligen rör det sig om ett informationsproblem att pennorna hanteras fel. Bruksanvisningen följs inte.

– Vi försöker nu förbättra informationen till ordinatörerna. Men vill också uppmåna diabetikerna att läsa bruksanvisningen ordentligt och göra som där står. Det är mycket viktigt när det gäller produkter av detta slag. ■

Vårdbidrag

Kvartsdel klubbades inte på en kvart

Ett efterlängtat beslut är fattat. Så nu kan den som fått avslag på sin ansökan om vårdbidrag söka igen och få rätten till ett fjärdedels vårdbidrag prövad. Förbundets utredningssekreterare Maud Wikström informerar dessutom om handikappersättning och en sjukpenningmiss.

Nu är beslutet om 1/4 **vårdbidrag** klart.

Från den 1 juli 1988 finns det alltså 3 nivåer på vårdbidraget, 1/1, 1/2 och 1/4. I pengar motsvarar det 49.536, 24.768 respektive 12.384 kronor per år. (Räknat efter 1988 års basbelopp 25.800 kronor.) Det är beskattningsbar inkomst men därmed ger den också ATP-poäng. En del av vårdbidraget kan beviljas som skattefri merkostnadsersättning och det bestäms utifrån de faktiska merkostnader man kan redovisa.

Ni som följt de tidigare turerna i ärendet vet att anledningen till att beslutet blivit fördröjt är att handikapprelsen och vissa politiska partier protesterade mot att, enligt regeringens första förslag, skulle nivå 1/4 inte kunna beviljas för ett **sammanlagt** vårdbehov av flera handikappade barn i samma familj. Glädjande nog lyssnade våra beslutsfattare och enligt det beslut som tagits gäller samma regler även för 1/4 vårdbidrag nämligen att det är sammanlagda behov/merkostnader för handikappade barn i familjen som är bidragsgrundande.

Nya prövningar

Nu är det viktigt att alla som tidigare fått avslag på sin vårdbidragsansökan lämnar in en ny sådan och får

prövat om man är berättigad till den nya nivån.

Lite annat positivt om vårdbidrag och ett annat ärende vi inte vet utgången av än finns också att meddela:

Försäkringsöverdomstolen har beviljat förlängt 1/2 vårdbidrag för en nioårig pojke. Halvt vårdbidrag utgick från diabetesdebuten 1979, då han var fyra och ett halvt år, till 1983, då ärendet omprövades. Försäkringskassan beviljade fortsatt 1/2 bidrag under ytterligare ett år, fram till 1984 då pojken var 10 år.

Riksförsäkringsverket ifrågasatte vårdbidrag under det sista året och överklagade beslutet. Från försäkringsrätten gick ärendet vidare till försäkringsöverdomstolen, som givit försäkringskassan rätt, 1/2 vårdbidrag ska utgå fram till november 1984. Hur vårdbidragsärendet avslöpt därefter vet vi ingenting om. Men försäkringsöverdomstolens domslut är positivt. Förbundets arbete med att försöka förändra synen på diabetesbarnens behov av föräldrarnas omsorg börjar ge resultat.

Det finns ett ärende i försäkringsöverdomstolen där riksförsäkringsverket i sitt yttrande har förordat 1/1 vb för en flicka som är 8 år. Det tar ytterligare några månader innan detta ärende är avgjort. Blir beslutet 1/1 vb så visar detta att det lönar sig att överklaga och att det finns hopp om att vi har börjat få våra beslutsfattare att förstå vikten av bästa möjliga skötsel av sjukdomen diabetes.

I motionsfloden till årets riksdag finns ett flertal motioner som tar upp diabetesförbundets krav om ytterligare en nivå på **handikappersättningen**. I skrivandets stund är

ingenting beslutat men det torde komma ett beslut under våren.

Svaren på debattmaterial i merkostnadsfrågan, som förbundets arbetsgrupp skickade ut till föreningarna, ger ett starkt stöd till arbetsgruppens linje att ersättning för merkostnader skall ske genom handikappersättning. Blir det inte ett sådant beslut i årets riksdag så kommer vi att fortsätta att driva denna fråga. Vi måste också kräva att lagen ändras så att handikappersättning kan utgå även om skadan eller sjukdomen uppkommer efter 65 års ålder.

Sjukpenningmiss

Har du varit på kurs i egenvård vid diabetes nyligen och uppburit **sjukpenning** för detta? Fick du, som efter den 1 december 1987 fått bättre sjukpenning genom reformen om timberäknad ersättning, den sjukpenning du väntat dig? Förmodligen inte, för den sjukpenning som utgår för så kallade rehabiliterande åtgärder utbetalas efter en annan lagparagraf (8 § i 3:e kap i lagen om allmän försäkring) än om man inte kan arbeta på grund av akut sjukdom. Sjukpenning enligt 8 § utgår fortfarande efter det gamla systemet med årslönen delad med 365 dagar. Om man är deltidsarbetande med oregelbunden lön så kan detta innebära en ganska stor ekonomisk förlust vid en sjukskrivning för rehabiliterande åtgärder som sträcker sig över kortare tid än två veckor.

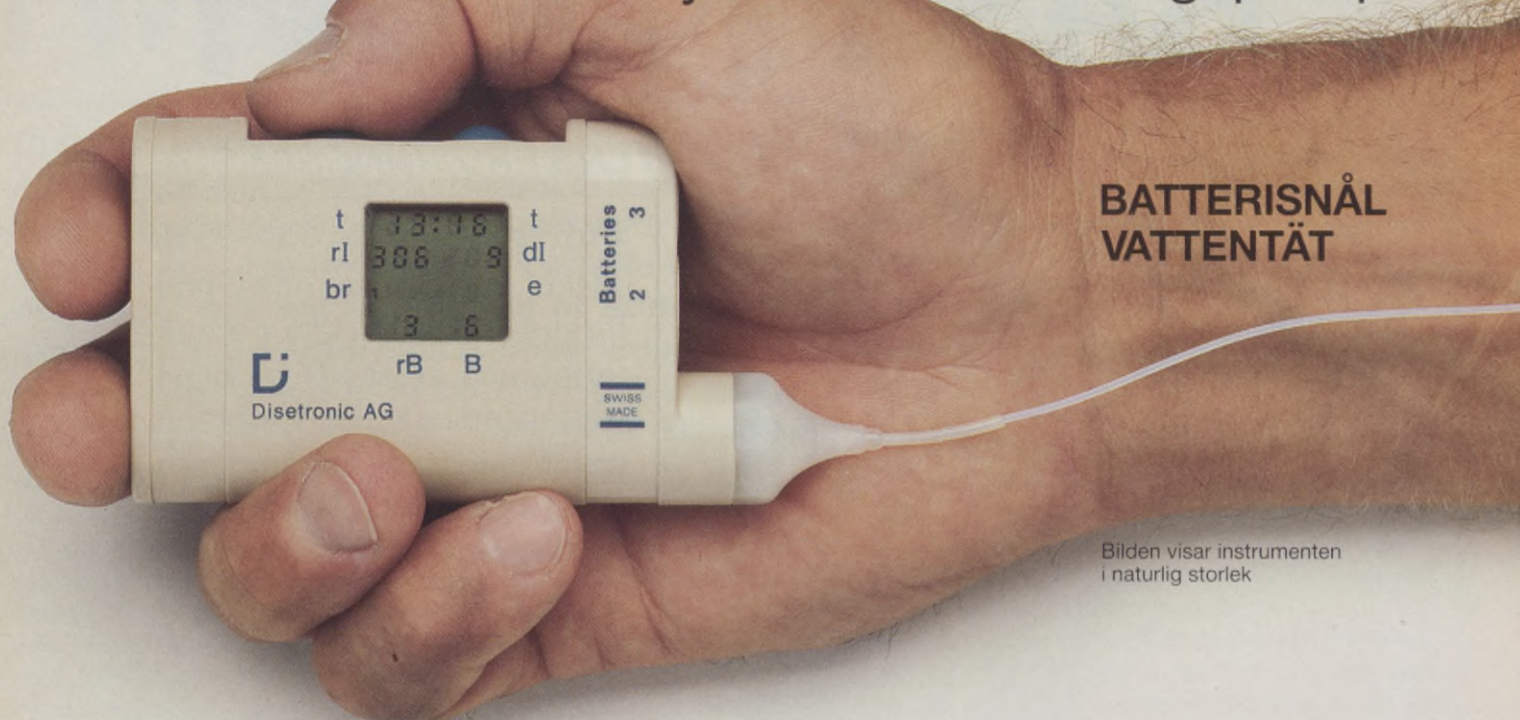
Detta kan betecknas som en klar miss av lagstiftaren. Har du råkat ut för detta kan du höra av dig till undertecknad. Vi kan då få fram ett underlag för att kräva lagändring.



Maud Wikström
Utredningssekreterare

MRS INSULINPUMP

Världens minsta datorstyrda mikrodoseringspump



**BATTERISNÅL
VATTENTÄT**

Bilden visar instrumenten
i naturlig storlek

D-PEN

Insulinpenna och mekanisk pump

- ENKEL – Ställ in dosen, stick in nålen
- BEKVÄM – Tryck en gång på knappen
- SÄKER – Inget insulin ges vid ytterligare tryck
- FYLLBAR AMPULL – Fritt val av insulin
- AMPULLVOLYM – 3 ml = 300 IE
- PENNA OCH PUMP – Samma ampull
- LUERFATTNING – Kanyl/kateter



Trosa Grafiska AB



ORION DIAGNOSTICA AB

Råduset, 150 13 Trosa
Telefon 0156-13260

Ja tack, jag vill ha information om MRS INSULINPUMP
 D-PEN

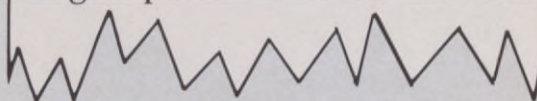
Namn _____ Adress _____
Postnr _____ Telefon _____ Ort _____

BÄST I TEST!

SP STATENS PROVNINGSANSTALT

Utdrag ur test: 85 M 300 35 B:

Totalt gjordes tio olika jämförande tester mellan produkterna med avseende på penetrationsmotståndet. I samtliga tester uppvisade engångssprutorna av märket "Terumo" det lägsta penetrationsmotståndet.



Terumo — en av världens ledande sprut- och kanyltillverkare — har tagit fram nya sprutor för INSULIN 100.



 **TERUMO®**

Schlytersvägen 35 • 126 50 HÄGERSTEN
telefon 08-744 26 55 • telefax 08-18 65 50

Mer diabetesvård i WHO's program

Diabetes hade fått ett mycket litet utrymme i Världshälsoorganisationens program för arbetet i Europa 1990-95. Då slog den internationella diabetesfederationens europasektion larm beträffande det faktiska dagsläget om hur många det är som får synskador, njurskador eller som måste amputeras, trots en många gånger hyfsad diabetesvård. WHO lystrade och lovar att satsa på de europeiska ländernas ökande diabetesproblem.

– Det var ett av de mest konstruktiva möten jag varit med om, säger kanslichef Berndt Nilsson, Svenska Diabetesförbundet, full av tillförsikt efter ett möte med WHO's representanter i Köpenhamn i februari.

I mötet deltog också den övriga styrelsen i IDF Europa, ledamöter och tillika professorer från Norge, England, Jugoslavien och Holland, som här av WHO gavs möjligheten att peka på diabetesituationen i Europa. De förklarade att diabetessjukdomen ökar, särskilt i de nordiska länderna, och tar en stor del av sjukvårdskostnaderna, att antalet amputationer är stort och att dödligheten på grund av njurskador fortfarande är relativt stor. Diabetes är den vanligaste orsaken till blindhet.

Det här var faktorer som innan februari-mötet var ganska okända för WHO, som representerades av två sovjetmedborgare och en dansk. Diabetesfederationens ledamöter lyckades övertyga dem om situationens allvar och man diskuterade sig fram till en gemensam målsättning för diabetesvården i Europa. Nämligen att minska antalet amputationer med 50 procent, att minska antalet fall som drabbas av blindhet med 30 procent och dödligheten med anledning av nefropati hoppas man kunna få ner 30 procent, inom en tidsgräns som anpassas till respektive land.

Konsensus

För att kunna nå dessa mål ska WHO och IDF Europa i samarbete arrangera

en konsensuskonferens i Saint Vincent, Italien, hösten 1989. Till den ska fem personer från varje land i Europa inbjudas, en politiker, en läkare, en sjuksköterska, en dietist och en patient. De ska diskutera och fastställa hur man ska kunna nå de uppsatta målen.

Lufts program förebild

– Resultatet av konferensen blir förhoppningsvis ett vårdprogram för diabetes för hela Europa, säger Berndt Nilsson. Antagligen kommer Rolf Lufts unika vårdprogram att stå som en förebild, vara ett medel i arbetet för att försöka nå de uppsatta målen.

– Det är viktigt att de skandinaviska länderna deltar i konferensen, på sjukvårdsministernivå, eftersom vi har ett så högt diabetesinsjuknande. Länder som Frankrike och Spanien har mindre diabetes typ 1, men där förekommer diabetes typ 2 mycket och därför finns även där problematiken med amputationer och blindhet.

Mot slutet av 1989 eller under 1990 räknar man med att det ska föreligga en allmän rekommendation från WHO till alla Europas länder om hur de problem som är förknippade med diabetes ska kunna angripas med sikte på de uppsatta målen. ■

NYA PRODUKTER

GR
ICA h
som f
inneh
tes,
och e
myck
Bros
butik
forma
tel 02

SPI
Nu h
sprut
supak
som l
har n
kappi

6000248640

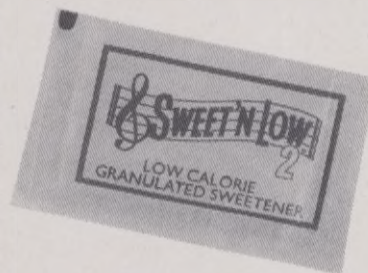


Göteborgs universitetsbibliotek

tt sötningsmedel

äljs det nya sötningsmedlet et'n Low på Kooperativa Föret och apoteket. Detta sötningsmedel innehåller ett syntetiskt ämne som heter Acesulfamet i sig är kalorifritt. Men det håller också lactos och vinvilket tillför 3,5 kcal per porpås.

ingsmedlet kan användas till matlagning, bakning och både kokas och frysas precis socker. Sweet'n Low finns i minibitar (500 st) pris ca 26 kr, i portionspåsar (50 st) ca 15 kr och i ströförpackning ca 26 kr. Den nya produkten lanseras av Sweet'n Low AB i Stockholm, tel 08/20.



ÄNNU ETT MINNE

Blodsockermätaren Reflolux II ersätts av Reflolux II M. Skillnaden mellan dessa är att den nya modellen har ett minne som kan lagra ett antal blodsockervärden. Priset är detsamma som förut ca 750 kr.

Tillverkare är Boehringer Mannheim i Bromma.

"Brittle" diabetes

Ett intressant ämne inom diabetologin är brittle diabetes. Det handlar om en liten grupp svårt labila diabetespatienter, där ingen behandling tycks hjälpa för att få ordning på blodsockerkontrollen. Nu har en ny bok i ämnet

utkommit, **Brittle diabetes** av John C Pickup. Det är en bok som enligt recensenten Sven-Erik Fagerberg i Läkartidningen "bör finnas på bokhyllan hos varje diabetesteam".

Förlag: Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985. Pris: ca 650 kronor.

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



BIOMEDICINSKA
BIBLIOTEKET

GÖTEBORGS UNIV BIBL
BIBL. I MÖLNDAL
BOX 1010
431 26 MÖLNDAL

9999
34410
MMMM

INGET SACKARIN FÄRRE KALORIER HÄLSOSAMMARE INGA TANDTROLL

SÖCKERBERG & AHLN

Världens mest sålda socker-ersättning
äntligen i Sverige!



Söt utan socker

Fritt från aspartam, cyklamat och sackarin.

Strö och bit. I handel och på apotek från mitten av april.
Marknadsförs av SweetPack, telefon 08-11 46 10.