

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.



pu

DIABETES

Nummer **1** 1973



Undersök Er urinsockerhalt med
TES-TAPE®



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

Eli Lilly Sweden AB



Ansvarig utgivare:

Riksdagsledamoten Nancy Eriksson

Redaktionskommitté:

Riksdagsledamoten Nancy Eriksson

Docent Gunnar Engleson

Docent Jan Östman

Informationschef

Ingmar Nygren-Bonnier

Redaktör:

Ingmar Nygren-Bonnier

*Redaktion, expedition och
annonskontor:*

Box 6609

113 84 Stockholm

Tel. 08/34 09 10

Postgiro 90 09 01 - 0

Prenumerationspris:

15: — kr pr år

Tryck:

Lindgrens Tryckeri, Katrineholm

Utges även som talband

Svenska Diabetesförbundet:

Box 6609

113 84 Stockholm

Tel. 08/34 09 10

Postgiro 90 09 01 - 0

Ordförande:

Riksdagsledamoten

Fru Nancy Eriksson

Roslagsgatan 11, 113 55 Stockholm

Telefon 08/15 83 45

Kassaförvaltare:

Bankdirektör Lennart Dahlström

Roslinvägen 35, 161 55 Bromma

Telefon 08/87 06 28

Eftertryck tillåtet om källan anges

DIABETES

Nummer 1, januari 1973, årgång 23

Organ för Svenska Diabetesförbundet

Innehåll:

Det lönar sig att arbeta, av
Nancy Eriksson 3

Den mognande pancreasön, av
Kjell Asplund 4

Objektiva effekter av kostråd-
givning till diabetiker, av *Bo*
Edgren och *Ingrid Mjöberg* 6

Påsk- och sommaröppet på Dia-
betesgården 14

Barn- och ungdomsläger 1973 15

Utlandsresor för ungdom 18

Uppvaktning angående ögon-
sjukvården 19

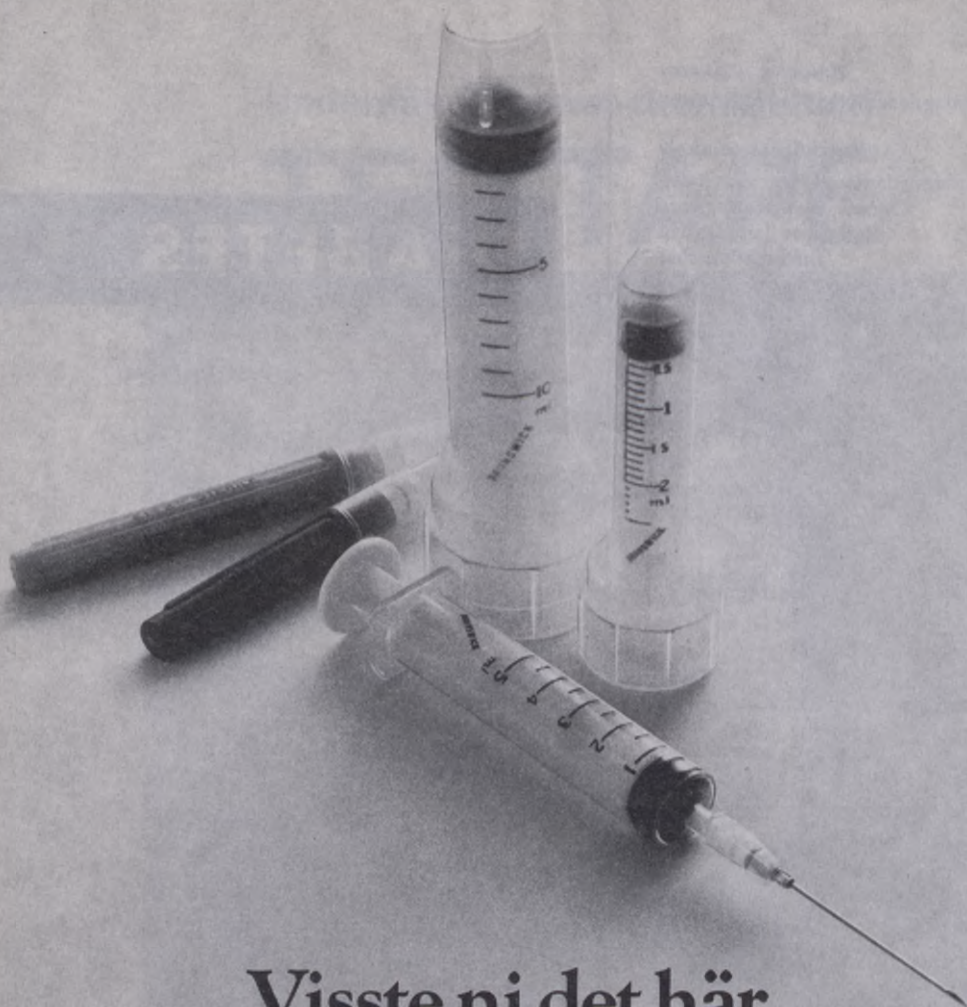
Frågan är fri 23

Från läsekretsen 30

Bordtennis för diabetiker 31

Ungdomskonferens 32

Föreningsnytt 32



Visste ni det här om Brunswick-sortimentet?

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

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

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

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

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



Det lönar sig att arbeta

Det kan vi konstatera, då tre frågor, där förbundet och vår tidning hävdade en mening envist, nu tagits upp i större sammanhang och troligen får en lösning. Det är rätten att få ha samma läkare, det är frågan om patientdemokrati och kravet på samma ekonomiska hjälp till tandvård som till annan sjukvård.

Fråga 1. Läkartidningen har en artikel med rubriken »Att få samma läkare — att få behålla patienten». Det är otillfredsställande även för läkaren att inte få tillbaka patienten, och aldrig så digra datasamlingar i journalerna måste kompletteras med personlig kännedom om patienten, säger tidningen. Receptet skulle vara fler läkare, kortare arbetsdag, skifttjänst, lediga dagar och ledig vecka. Säkerligen leder denna ordning till färre byten, när det är fråga om vanliga akuta fall. För kroniska patienter såsom diabetiker hjälper det inte. Där finns bara en väg, nämligen att bygga upp mottagningar, gärna utanför sjukhusen, med specialut-

bildade sjuksköterskor, dietister, tillgång till fotvård och regelbundna läkarmottagningar och chansen till omedelbar intagning på medicinsk avdelning, njurundersökning, ögonklinik etc inom en större sjukvårdsenhet, när det behövs. Finns det en het linje mellan patient och sjuksköterska, mellan sjuksköterska och diabetesläkare, då är patienten lugn hemma, passar sina besök på mottagningen och undviker kanske katastrofintagningar. Det är Dalby-modellen eller den modell, som följs på endokrinologin på Karolinska Sjukhuset i Stockholm, och det är en modell, som glädjande nog håller på att accepteras av hela landets läkare. Vi uppvaktade om detta 1961, Bo Andersson rekommenderade det i sin utredning, och det har ältats ideligen och slutligen tack vare vårt läkarråd och den vida krets av läkare, som håller kontakt med förbundet på olika sätt, mynnat ut i en accepterad vårdmodell. För-

Forts på sidan 39

Den mognande pancreasön

Av Dr. Kjell Asplund

Hur de insulinproducerande cellerna i de Langerhanska öarna mognar ur funktionell synpunkt har studerats vid Histologiska institutionen i Uppsala av med kand Kjell Asplund, som tisdagen den 19 december försvarade en avhandling med titeln »Insulin biosynthesis and release in the foetus and newborn. An experimental study in the rat».

Foster och nyfödda barn till sockersjuka mödrar har fortfarande — trots moderna behandlingsprinciper för diabetessjukdomen — en markant överdödlighet jämfört med barn till normala mödrar. Bland de många avvikelser från det normala som det nyfödda barnet till en diabetisk moder drabbas av, tycks förändringarna i de Langerhanska öarna vara av särskilt stor betydelse. Ett av syftena med denna avhandling har varit att undersöka vad som framkallar dessa förändringar. Studier av utvecklingen av insulinets bildning och frisättning skulle också kunna hjälpa till att öka förståelsen för hur själva diabetessjukdomen uppkommer. En stor del av befolkningen bär på anlaget för sockersjuka, och detta anlag yttrar sig hos dessa personer som en lägre utsöndring av insulin än normalt, när man tillför glykos, den socker-

art som är viktigast för regleringen av insulinivåerna i blodet. I avhandlingen presenteras fynd som talar för att detta låga insulinsvar hos anlagsbärarna kan vara resultatet av en mognadshämning i de Langerhanska öarna.

Insulinfrisättningen mognar efter födelsen

Som försöksdjur användes råttan, och i den första delstudien kartlades råttans förmåga att utsöndra insulin under olika skeden av utvecklingen. Det visade sig att glykos inte i någon större utsträckning kunde stimulera frisättningen av insulin förrän två dygn efter födelsen — detta trots att insulin byggs upp i de Langerhanska öarna redan tidigt under fosterlivet och då också (på okänt sätt) utsöndras till blodbanan. För att mer i detalj kunna studera insulinfrisättningsmönster under stimulering utarbetades en försöksanordning, där det var möjligt att mäta utsöndringen av insulin med korta intervaller. Med denna känsligare metodik kunde man visa att de insulinproducerande cellerna genomgår en utveckling där man, innan den fullt mogna typen av insulinfrisättning uppnåddes, under ett ske- de efter födelsen såg ett mönster,

som på ett slående sätt liknade det som är karaktäristiskt för bärare av diabetesanlaget. Strax efter födelsen kunde också aminosyran arginin betydligt förbättra insulinsvaret efter stimulering med glykos — också detta utmärker anlagsbärarna för diabetessjukdomen. Andra forskare har samtidigt påvisat ytterligare likheter mellan anlagsbäraren och den omogna individen beträffande insulinfrisättningen. Det är därför möjligt att själva anlaget för sockersjuka utgörs av en oförmåga hos den insulinproducerande cellen att fullfölja den normala mognadsprocessen.

Insulinet bildas tidigt under fosterlivet

Ett delarbete behandlar förmågan att bygga upp insulin hos foster och nyfödda. Det visade sig att denna syntes av insulin, som går via en moderssubstans, proinsulin, hade samma förlopp under fosterlivet som senare under utvecklingen. Glykos stimulerade också denna nyproduktion av insulin i samma utsträckning hos foster som hos mer mogna individer. Under sent fosterliv ökar alltså glykosnybildningen och upplagringen av insulin, medan insulinets frisättning inte påverkas.

Exakt vilken länk, som under fosterlivet inte är intakt i den kedja som kopplar samman glykos med frisättandet av insulin, är inte klarlagt. Det har antagits att glykosmolekylens nedbrytning i den insulinproducerande cellen är av stor betydelse för insulinfrisättningen. Författaren undersökte de viktigaste vägarna för glykosnedbryt-

ningen men fann inget som tydde på att glykosomsättningen i dessa celler skulle vara defekt under sent fosterliv.

Liten blodsockerhöjning ger för tidig mognad

Två delarbeten handlar om hur den normala utvecklingen av insulinfrisättningen påverkas av yttre faktorer. Det visade sig att en minskad tillgång på föda under nyföddhetsperioden gav en förse-nad mognad av den mekanism som reglerar insulinutsöndringen. Å andra sidan fick man en tidigare mognad än normalt, om den gravida rätten tillfördes en sockerlösning två timmar varje dag under slutet av graviditeten. De måttliga och kortvariga blodsockerhöjningar man då fick var tillräckliga för att redan under fosterlivet utveckla ett insulinsvar på stimulering med glykos.

Mognadshämning av betydelse för uppkomsten av diabetes

Söker man tillämpa dessa fynd på den situation som den diabetiska moderns foster befinner sig i, så visar det sig att i den brokiga bild av störningar i ämnesomsättningen, som drabbar diabetiker, så är själva blodsockerhöjningen hos modern tillräcklig som förklaring till de uttalade förändringar man finner i fostrets insulinproducerande celler. Resultaten betonar vikten av att blodsockernivåerna hålls särskilt strängt reglerade hos den gravida diabetikern — på så sätt minskas riskerna för en påverkan på insulinets produktion och frisättning hos fostret.

Av Bo Edgren, Ingrid Mjöberg

Objektiva effekter av kostrådgivning till diabetiker

BO EDGREN är docent i medicin och biträdande överläkare vid medicinska kliniken I, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

INGRID MJÖBERG är dietassistent vid diabetespolikliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

Kostvanorna kan och bör förbättras hos våra diabetiker. Detta visar resultaten av ett års intensifierad kostrådgivning till diabetiker i öppen vård. Sex månader efter rådgivningen konstaterades att både fasteblodsockervärden och sockerutsöndring förbättrats avsevärt och att de överviktiga minskat i vikt. Betydelsen av att varje diabetesmottagning har en dietist framhävs. När enbart läkare ger kostinformation blir den ofta jäktad, knapphändig och ibland ovederhäftig då läkarna ofta har bristfällig utbildning i dietik och näringslära.

I en artikel i Läkartidningen avslöjade Burman och Hellström (1971) att en undersökt grupp diabetiker från stockholmsregionen hade mycket bristfälliga kunskaper i näringslära, vilket även gällde sjuksköterskeelever och medicine kandidater. Kostvanorna var anmärkningsvärt dåliga hos de flesta undersökta sockersjuka. Artikelns innehåll föranledde en interpellation i riksdagen av herr Richardson (1971) där man påkallade snabba åtgärder för att förbättra kosthållningen hos landets 160 000 diabetiker.

Vid tidpunkten för påbörjandet av nedanstående studie sköttes mer

än 2 000 diabetiker vid S:t Görans sjukhus diabetespoliklinik. Antalet besök per år var då 5 750, varav 440 nybesök. De två ansvariga läkarna kunde ej avsätta mer än 20 timmar per vecka sammanlagt för diabetikervård då annan sjukvård tog övrig tid i anspråk. Övrig personal bestod av en sjuksköterska och en undersköterska. Dietist och sekreterare saknades.

Sjukhusledningen hade under flera år förgäves begärt en halvtids dietassistenttjänst till diabetespolikliniken som troligen var — och fortfarande är — en av de »största» i landet. Behovet av dietist framstod så starkt att vi vände oss till

privat källa¹ för att finansiera ett års försöksverksamhet med en halvtidsanställd dietassistent. Under denna tid gjorde vi upp egna dietlistor, gav kostråd till så många diabetiker som möjligt och kontrollerade effekten av kostråd-givningen. Resultatet av detta års försöksverksamhet redovisas här.

Patientmaterialet

Patientmaterialet (Tabell I) bestod av:

a) 36 fall av diabetes (duration > 1 år) från den egna polikliniken. Orsaken till att dessa fall utvaldes bland de tvåtusen patienterna var en eller flera av följande: Övervikt > 110 procent av idealvikt; undervikt < 90 procent; oacceptabla sockervärden; hypoglykemiattacker.

b) 33 diabetesfall som på grund av byte av bostadsort remitterats till polikliniken. Samtliga överremitterade fall under 3 konsekutiva månader ingick i studien. Diabetes hade förelegat mer än ett år.

c) 32 fall av nydebuterad diabetes.

Kostintervjuer och kostrådgivning

När studien igångsattes informerades ej patienterna om att de ingick

i någon sorts studie. Först utfördes en kostintervju. Tre beteckningar för kostvanorna användes.

Bra matvanor innefattade tre lagade mål mat dagligen samt två till tre mellanmål och förnuftigt urval av födoämnen.

Mindre bra matvanor betydde bl a fel kalorital, avsaknad av mellanmål.

Dåliga matvanor hade personer som åt mindre än tre lagade mål, för knapp frukost, knapp lunch, för stort middagsmål (> 40 procent av dagskalorierna) och i sämsta fall konsumerade sötsaker.

Tidigare kostråd och användningen av dietlistor efterfrågades. Intervjun följdes av muntlig genomgång av kostlista och speciell vikt lades bl a vid skillnaden mellan »snabba» och »långsamma» kolhydrater, fördelningen av kalorierna och hur mat kan tillagas så att fettmängderna hålls nere. Kaloritalet beräknades för varje patient individuellt med utgångspunkt i den beräknade idealvikten, graden

Tabell I. Data om patienterna

| | Ålder | Män | Kvinnor | Insulin | Peroral behandling | Diet enbart | Över- viktiga |
|--|-----------------|-----|---------|---------|--------------------|-------------|---------------|
| Återbesök från den egna polikliniken (36 st) | 59,5 (20—81) | 17 | 19 | 12 | 21 | 3 | 20 |
| Överförda från andra sjukhus (33 st) | 50,2 (21—80) | 20 | 13 | 9 | 20 | 4 | 18 |
| Nydebuterad diabetes (32 st) | 62,9 (24—80) | 12 | 20 | 3 | 26 | 3 | 24 |

¹ Boehringer Mannheim GmbH, Mannheim

av fysisk aktivitet samt förekomst av över- eller undervikt.

Kostlistans sida 1 visas i Figur 1. Som synes använde vi oss ej av utbyteslistor. Listans kaloririkaste kolumn omfattar 3 000 kcal, då vi anser att det är viktigt att personer med tungt kroppsarbete ej får för lågt kalorital. Patienternas åsikter om vad som är av betydelse för kostbehandlingen av diabetes antecknades, utan att ledande frågor gavs. Insulin och tabletter ändrades ej.

Efterundersökning

Patienterna efterundersöktes av läkare och dietist ett halvår efter det att kostråden givits. Den ganska långa tiden av sex månader valdes för att »dagsländeeffekter» av kostråden skulle bortgallras. Kroppsvikt, fasteblodsocker och dygns mängd uringlykos noterades.

Ny kostintervju gjordes och man försökte då uppskatta i vilken utsträckning råden följts.

Kostvanor

Kostvanorna före och efter kontakten med dietist redovisas i översikt i Tabell II.

Patienterna med färsk diabetes hade mycket dåliga matvanor, endast ett av de 32 fallen hade bra kostvanor. 75 procent av dem var medicinskt obesa vilket är helt i analogi med internationella siffror. Kostvanorna föreföll att ha förbättrats efter kostrådgivningen.

De egna återbesöken befanns tyvärr ha nästan lika dåliga kostvanor som fallen av färsk diabetes. Kostrådgivningen tycktes ha haft en viss effekt; vid efterundersökningen hade ingen av patienterna direkt dåliga matvanor.

De 33 patienterna som remitterats till polikliniken från andra sjukhus hade ej utvalts på grund av tecken på bristande diabeteskontroll utan hade samtliga tagits in i studien. Mot förmodan hade dessa patienter lika dåliga kost-

Tabell II. Kostvanor före och sex månader efter kostrådgivning

| | Kostvanor | Före kostrådgivning | Efter kostrådgivning |
|--|------------|---------------------|----------------------|
| Nydebuterad diabetes n=32 | bra | 3 % | 38 % |
| | mindre bra | 66 % | 59 % |
| | dåliga | 31 % | 3 % |
| Egna återbesök n=36 | bra | 11 % | 36 % |
| | mindre bra | 60 % | 64 % |
| | dåliga | 29 % | — |
| Diabetiker överförda från andra sjukhus n=33 | bra | 12 % | 45 % |
| | mindre bra | 61 % | 55 % |
| | dåliga | 27 % | — |
| Samtliga insulinfall n=21 | bra | 24 % | 48 % |
| | mindre bra | 76 % | 52 % |
| | dåliga | — | — |
| Samtliga återbesök (ej nydebuterad diabetes) n=69 | bra | 12 % | 42 % |
| | mindre bra | 59 % | 58 % |
| | dåliga | 29 % | — |

Diabetespolikliniken, S:t Görans sjukhus
 Doktor.....
 Kostrekommendation för
 (gäller för ambulant patient)
 Beräknat antal kalorier per dag

| Patientstans | |
|--------------|--|
| | |
| | |
| | |

Formel:

Först beräknas "idealvikten", kan skattas till längden i cm minus 105.

Kaloribehov: Inaktiv patient (ex. sängliggande): 20-24 kcal/kg kroppsvikt
 Lätt arbete (ex. hush.arb., kontorsarb.): 28-32 " "
 Medeltungt arbete (ex. mek.industri): 32-37 " "
 Tungt arbete (ex. byggnadsarb.): 45-50 " "

| Standardkoster/stryk de ej lämpliga/ I bestämd mängd tillätet per dag: | 1000 kcal | 1500 kcal | 1800 kcal | 2100 kcal | 2400 kcal | 3000 kcal |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Morötter, kålrötter, brytbönor, brysselkål, broccoli, lök eller Ärtor, am.gröns.bl., rödbetor, palsternacka, jordärtskockor | 100 g | 150 g | 150 g | 150 g | 200 g | 200 g |
| Frukt o. bär/1 frukt=1 normalstort äpple el.1 apelsin el. 1/2 grapefrukt el. 2 dl bär | 2 st | 3 st | 3 st | 4 st | 4 st | 4 st |
| Matfett/till smörgås och matlagning | 15 g | 20 g | 25 g | 30 g | 40 g | 50 g |
| Bröd,mjukt/rågbröd, franskbröd, vetebröd, inkl. bullar, allt osötat eller Bröd,torrt/knäcke, delikatess, skorpar, kex, rån, allt osötat | 50 g | 100 g | 150 g | 175 g | 175 g | 200 g |
| Gryn el. mjöl/till gröt el. välling | - | - | 20 g | 20 g | 20 g | 40 g |
| Potatis/vikten utan skal (x) | 75 g | 150 g | 150 g | 250 g | 250 g | 300 g |
| Kött, råvara, så magert som möjligt | 75 g | 100 g | 100 g | 100 g | 150 g | 200 g |
| Fisk, mager, råvara, ex. torsk, kolja, gädda, spätta, vitling eller makrill, lax, sill, strömming | 100 g | 150 g | 150 g | 150 g | 200 g | 300 g |
| Ägg, medelstort | - | 75 g | 75 g | 75 g | 100 g | 150 g |
| Ost, helst mager 30+, el. magert kött-pålägg, ex. hamburger, kalvsylta, salt kött, mager skinka. Tas fet ost, halvera mängden | 1 st | 1 st | 1 st | 1 st | 1 st | 1 st |
| Lättnmjölk el. lättfil (2 dl mjölk kan bytas mot 1 litet glas öl) | 15 g | 25 g | 40 g | 45 g | 45 g | 60 g |
| | 2 dl | 4 dl | 4 dl | 4 dl | 5 dl | 6 dl |

(x) en normalstor potatis = 60-80 g
 en stor potatis = 100 g
 potatis kan bytas mot 1/4 spagetti,
 makaroner, ris alltså,
 100 g potatis=25 g makaroner=1/2 dl
 el. 25 g ris = 1/4 dl

I fri mängd är tillätet: blomkål, vitkål, rödkål, grönkål, kronärtskockor, svamp, sparris, gurka, tomat, sallad, rädisor, dill o. persilja, gräslök, purjo, spenat, paprika, rabarber

Konstgjorda sötningsmedel /ex. Sötinetter/
 bör användas i minsta möjliga mån. Vid sötning av rätter, låt det ej koka, det blir då beskt.

Figur 1. Första sidan av patientbroschyren. Kaloribehovet vid olika grader av fysisk aktivitet enligt Robbers (1969)

Nya Dietic.
Ej sötad
med cyklammat



"stor" sockerfri fruktläsk

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

roberts Örebro

vanor som fallen från den egna polikliniken som hade fått förtur till dietistkontakt på grund av övervikt, undervikt och/eller dåliga sockervärden. Kostvanorna före och efter kostråd var nära nog identiska hos gruppen »egna återbesök» och gruppen »överförda från andra sjukhus».

Av Tabell II framgår att insulinfallen har bättre matvanor än totala genomsnittet, vilket även framkom i Burmans och Hellströms arbete från Serafimerlasarettet. Kostrådgivningen förbättrade insulinfallens matordning men vid efterundersökningen hade något mer än hälften av dem mindre bra kostvanor.

Endast 46 procent av våra egna återbesök och 35 procent av patienterna överremitterade från andra sjukhus hade ett klart minne av någon form av tidigare kostrådgivning.

Kostrådens inverkan på fasteblodsocker och sockerutsöndring

Resultaten av kostintervjuer är svåra att uttrycka numeriskt. Subjektiva värderingar från intervjuaren spelar in liksom patientens önskan att vara till lags. Socker-

värdena före och efter kostråd borde vara pålitligare mått på kostbehandlings effekter än kostintervjuer.

Fasteblodsockeret sjönk från i genomsnitt $211 \pm 9,7$ mg-proc till $167 \pm 10,2$ mg-proc. Förbättringen är statistiskt signifikant (paired T-test: $t=3,9909$, $p<0,001$).

Urinsockerutsöndringen sjönk från i genomsnitt 40 g till 18 g sex månader efter kostrådgivningen (Tabell III). Skillnaden är statistiskt signifikant ($<0,001$). Arton g socker i dygsmängden är en hög siffra, men vissa insulinfall drog upp värdet. Delas patienterna in i tre »traditionella» urinsockerklaser (Tabell III) ligger 73 procent i området 0—20 g/dygn, vilket är en ganska hygglig siffra.

Effekt på fetma

Trettioåtta av de 69 patienterna (alla återbesök) var medicinskt överviktiga (>110 procent av idealvikt). Dessa patienter gick ner i vikt i genomsnitt 4,51 procent $\pm 1,01$ (av idealvikten). Viktminskningen är på ett halvår modest men statistiskt signifikant (paired T-test: $t=4,5120$, $p<0,001$).

Tabell III. Dygnsutsöndringen av socker före och sex månader efter kostrådgivning

| | Före kostråd | | | Efter kostråd | | |
|---|--------------|-------|------|---------------|-------|------|
| | 0 | >0—20 | >20 | 0 | >0—20 | >20 |
| Patienter överförda från andra sjukhus (n=33) | | | | | | |
| Samtliga återbesök (n=69) | 16 % | 38 % | 46 % | 40 % | 35 % | 25 % |
| Urinsocker (g/dygn) | 6 % | 49 % | 45 % | 39 % | 30 % | 30 % |

Diabetikernas åsikter om kostens betydelse

De största missuppfattningarna rörde kolhydraterna. Många ansåg att bröd och potatis bör undvikas: potatis åts endast någon gång i veckan av många intervjuade. Ofta trodde man att skorpor (även sockrade) och kex var nyttigare än potatis och matbröd, och skorpor var ofta standardmellanmålet. Att mjölk med låg fetthalt innehåller lättresorberbart kolhydrat var oftast okänt, och mjölk dracks ofta i literkvantiteter för det ansågs vara nyttigt. Genomgående ansågs vitt bröd vara nyttigare än grövre sorter och många kände saknad efter grovt rågbröd. Frukt åts merendels ej alls eller i för stora mängder, samma sak gällde juice. Vissa diabetiker drack uppåt en liter juice varje dag.

Beträffande grönsaker ansågs genomgående att vitkål är den viktigaste grönsaken: många åt vitkål dagligen, trots att de tröttnat på den. Vitkålen tillskrevs ibland rent antidiabetiska effekter. Morötter och ärter ansågs av många uteslutet för en sockersjuk — »det är ju sött».

Genomgående var morgonmålet för dåligt, speciellt gällde detta dem som var feta. De trodde sig kunna hejda fetman genom att »spara sig» till middagsmålet. Kroppsarbetande personer hade dock oftast goda frukostvanor och god måltidsplanering som helhet, låt vara att fettintaget kunde bli i överkant. De obesa äldre kvinnorna hade genomgående rent ursla matvanor.

De intervjuade diabetikerna var

ofta stora kunder i hälsokostbodan och köpte dyra preparat av dubiöst värde för sockersjuka personer.

DISKUSSION

Den presenterade studien gjordes som en sk produktionskontroll för att pröva de nya dietlistorna för diabetiker och dokumentera den eventuella nyttan av dietist på diabetespolikliniken. Studien visar att individuell kostrådgivning förbättrar kosten hos diabetiker och att förbättringen av sockervärden och minskningen av övervikt är statistiskt signifikanta. Ambulant kostbehandling med hjälp av dietist torde vara minst lika viktig som insulin- och tablettbehandling inom diabetesvården.

Kostintervjuerna bekräftade de mycket dåliga kostvanorna hos ett ordinärt diabetesklientel som Burman och Hellström rapporterade. Den »kontrollgrupp» som remitterats till sockerpolikliniken från andra sjukhus jämfördes med en grupp diabetiker från den egna polikliniken, och kostvanorna var lika dåliga i båda grupperna. Frågan är hur representativa för ett ordinärt diabetesklientel de båda grupperna var.

Gruppen »egna återbesök» kan ej anses vara representativ då materialet var utvalt på grunderna övervikt, undervikt eller oacceptabla sockervärden och alltså omfattade endast ett fåtal normalviktiga patienter med bra sockervärden. Att denna grupp av patienter även har dåliga matvanor är ej förvånande.

Mera oväntat var att en grupp

om 33 diabetiker som remitterats till polikliniken från andra sjukhus på grund av byte av bostadsort hade lika dåliga kostvanor och att endast en tredjedel av dem hade något minne av att ha fått kostråd. Denna senare grupp skilde sig ej alls från gruppen »egna återbesök» i fråga om andelen insulinfall, könsfördelning och antalet överviktiga. Enda skillnaden var att »kontrollgruppen» var något yngre. Denna grupp borde vara någorlunda representativ för ett normal-klientel av diabetes, även om möjligheten finns att man i första hand remitterar ifrån sig de fall som koopererar minst.

Råden glöms bort

Studien visar att den ambulanta kostbehandlingen av diabetiker i allmänhet är dålig. Detta trots att flertalet av de sjukhus som remitterade patienter till S:t Görans diabetespoliklinik hade dietist. Detta betyder inte att dietister är överflödiga i diabetesbehandlingen. Vi tror däremot att en enda kontakt med dietisten vid sjukdomsdebuten endast har effekt i ett till två år och att sedan råden glöms bort och dietlistorna läggs åt sidan. Tablettfallen tror ofta att sockersjukan botats när de hör att urinen är sockerfri och återfaller då ofta i sina gamla (dåliga) matvanor.

Sannolikt bör diabetikerna träffa dietist en gång vartannat år i normalfallet — oftare om han är överviktig, har fettrubbning eller svängande sockervärden. Mycket gamla patienter kan kanske undantas från denna rutin. Teamet dia-

betesläkare—dietist har ett fast grepp om de flesta patienter och handfasta råd om matlagning, nyheter inom födoämnesurvalet är sannolikt effektivare än rutinmässigt utdelande av i och för sig vetliga broschyrer. När enbart läkare ger kostinformation blir den ofta jäktad, knapphändig och ibland ovederhäftig då läkarna ofta har bristfällig utbildning i dietik och näringslära.

Av studien framgår att en adekvat kostrådgivning, där en modern och allsidig diabeteskost insättes i den ambulanta kostbehandlingen, har statistiskt säkerställd effekt på blodsockervärden, sockerutsöndring och övervikt — åtminstone i de sex månader som förflöt innan efterundersökningen gjordes. Kostvanorna kan och bör väsentligt förbättras hos våra diabetiker. Vi hoppas sjukvårdshuvudmännen inser att varje diabetesmottagning bör ha en dietist, något som de flesta diabetesmottagningar i landet saknar i nuvarande stund.

(Ur Läkartidningen nr 2/1973)

Annonsera
i
DIABETES

Rekreativsvistelse på Diabetesgården

Påsk- och sommaröppet

Även i år kommer Diabetesgården i Nordanede att hållas öppen påskveckan samt under sommarmånaderna.

Alla Ni som redan besökt Diabetesgården känner till den lugna miljön, den goda diabetesmaten och den fina trivsels på gården. Ni som ännu ej varit där rekommenderas göra ett besök. Vi hoppas att i sommar kunna öppna en annexbyggnad med ett antal en- och tvåbäddrum. En mycket välkommen nyhet, som vi fått möjlighet till tack vare en insamling inom vissa distrikt av Lions Club.

Öppethållande:

14—24 april

26 maj—september

Boka plats i god tid! Platsbeställning görs till Svenska Diabetesförbundet, Box 6609, 113 84 Stockholm, tel 08/34 09 10.

Pris per person (helpension) 35 kronor per dag, för diabetiker 20 kronor.

När Ni fått bekräftelse på att plats finns skall anmälningsavgiften 50 kronor per person insättas på Svenska Diabetesförbundets postgiro 90 09 01-0.

Till Svenska Diabetesförbundet

Box 6609, 113 84 STOCKHOLM

Undertecknad beställer härmed plats på Diabetesgården för

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

fr o m den t o m den

(Texta gärna)

Namn:

Adress:

Postnr/Postadr:

Tel bost: / arb: /

Läger för barn och ungdom 1973

Barnkolonier

Bocksjölägret, Karlsborg

Kolonin ligger ett par mil norr om Karlsborg i närheten av Vättern i en naturskön trakt med många utflyktsmål. Lekplan, idrottsplan och badplats finns vid kolonin. Den tar emot barn från hela landet och drivs i förbundets regi.

Öppen: 17 juni—14 juli och 22 juli—12 augusti.

Ålder: 7—14 år (uppdelad i två grupper: 7—11 år och 12—14 år).

Upplýsningar och anmälan senast 31 mars till Svenska Diabetesförbundet, Box 6609, 113 84 Stockholm, tel. 08|34 09 10 ombudsman Birger Pehrson.

Björkbacken, Barnens Ö

Kolonin ligger ca 10 mil norr om Stockholm i vacker skärgårdsnatur. Lek- och idrottsplan i anslutning till anläggningen. Kolonin, som drivs i Stor-Stockholms Diabetesförenings regi, tar i första hand emot barn från Stockholms stad och län men i mån av platstillgång även barn från övriga landet.

Öppen: 18 juni—12 juli och 13 juli—7 augusti.

Ålder: 6—13 år.

Upplýsningar och anmälan senast 31 mars till Stor-Stockholms Diabetesförening, S:t Eriksgatan 38, 112 34 Stockholm, tel. 08|52 07 10 Anne-Marie Hugfelt.

Lindgården, Höllviksnäs

Kolonin ligger på Falsterbonäset ca 2 mil söder om Malmö. Anlägg-

ningen är belägen på en stor vakert bevuxen skogstomt där också lek- och idrottsplats finns samt en swimming-pool med tempererat vatten. Kolonin, som drivs i Malmöföreningens regi, tar i första hand emot barn från Malmö stad och Malmöhus län men i mån av platstillgång även barn från andra delar av landet.

Öppen: 13 juni—11 juli och 13 juli—10 augusti.

Ålder: 5—12 år.

Upplýsningar och anmälan senast den 15 maj till herr Helge Ljungdell, Sallerupsvägen 28 B, 212 18 Malmö, tel. 040|18 64 59.

Ungdomsläger

För diabetesungdom i åldern 15—20 år anordnas ett ungdomsläger under tiden 22 juli—12 augusti på Bocksjölägret i Karlsborg. Upplýsningar och anmälan senast den 16 april till Svenska Diabetesförbundet, Box 6609, 113 84 Stockholm, tel 08/34 09 10 ombudsman Birger Pehrson.

Vad kostar det?

När det gäller barnkolonierna uttas i vissa fall en mindre sk föräldraavgift. I övrigt utgår stats- och landstingsbidrag. Ansvarsförbindelse fordras.

För vistelse på ungdomslägret uttas en avgift på 300 kr. I vissa fall kan bidrag även här erhållas.

Resor tillkommer.

För vidare upplýsningar i dessa frågor hänvisas till respektive kontaktman enligt ovan.

Insändes till resp. kolonianordnare

BARNKOLONI

Undertecknad målsman för

.....
anmäler härmed honom/henne till deltagande i barnkoloni under tiden 1973

Född den:

Målsmans namn:

Adress:

Postnr/Postadr:

Tel bost: / arb: /

Till SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET

Box 6609

113 84 STOCKHOLM

UNGDOMSLAGER

Undertecknad anmäler mig härmed till ungdomslägret under tiden 22 juli—12 augusti 1973.

Född den:

Namn:

Adress:

Postnr/Postadr:

Telefon: /

NYTT RIKSLOTTERI

- **Volvo 142**
- **Luxor färg-TV**
- **Portabla TV**
- **Armbandsur**
- **Transistor-apparater**

är högvinster i De Sockersjukas Lotteri 1973.
Närmare 6 000 vinster väntar på att bli utlämnade.
Tag chansen! — Beställ lotter. Pris kr 2 : 50 per st.
Dragningslista medföljer.

Till De Sockersjukas Lotteri
Box 6609, 113 84 STOCKHOLM

Härmed beställes st lotter i De Sockersjukas Lotteri 1973

Namn:

Adress:

Postnr/
Postadr:

Utlandsresor för ungdom

Även i år arrangerar Svenska Diabetesförbundet i samarbete med Centralnämnden för Skolungdomsutbyte utlandsresor för ungdom.

Vi har under åren med glädje noterat den positiva inställning som både diabetesungdomarna och deras föräldrar visat dessa arrangemang. Målsättningen är att ungdomar med diabetes skall som så många av deras kamrater få tillfälle att studera nya miljöer och samtidigt bättra på sina språkkunskaper.

Enligt brev och påringningar vi haft med såväl ungdomar som föräldrar verkar denna typ av semes-

teraktivitet fylla ett stort behov.

Resorna går som vanligt huvudsakligen till England, men även till Frankrike och Tyskland.

Tre alternativ erbjuds: utbyte, feriestudier eller enbart inackordering. I samtliga fall blir man inackorderad hos familjer som är väl insatta i förhållandena kring diabetes.

Ni som är intresserad ber vi sända nedanstående anmälan snarast. Ju tidigare anmälan kommer desto större är förutsättningarna att hitta en så lämplig värdfamilj som möjligt. Denna anmälan är ej bindande.

Till SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET
Box 6609, 113 84 STOCKHOLM

Jag är intresserad av att delta i utlandsresorna sommaren 1973

Namn:

Adress:

Postnr/Postadr:

Telefon: / Född den

Jag önskar resa till Tyskland England Frankrike
(Sätt × i tillämplig ruta)

Uppvaktning angående ögonsjukvården

Diabetesförbundet uppvaktade den 6 december 1972 socialminister Sven Aspling med en hemställan om förbättring av ögonsjukvården, varvid följande skrivelse överlämnades.

Svenska Diabetesförbundet beslöt vid sin riksstämma i Landskrona 1972 att enträget hemställa om en lösning av ögonläkarfrågan. Medicinalstyrelsen levererade 1970 en utredning av ögonsjukvården som dels konstaterade bristen på läkare, dels rekommenderade att en större del av ögonsjukvården lades på optikerna och att en ny grupp medarbetare, ortopister, skulle tillskapas. Väntetiden har emellertid blivit allt längre sedan medicinalstyrelsens utredning avlämnades. På vissa platser finns 1—2 års väntetid.

Behovet av ögonundersökningar blir allt större bl a med stigande levnadsålder och en genomförd undersökning av fyraåringar. För diabetikerna är situationen mycket provande. På initiativ av Svenska Diabetesförbundets läkarråd håller en grupp läkare på att kartlägga problemet för diabetikerna. En

skrivelse från docent John Christiansson, Kristianstad och docent Sven-Erik Fagerberg, Örebro, bifogas.

På många stora lasarett saknas ögonläkare. De privatpraktiserande ögonläkarna håller på att helt försvinna. I denna situation måste det till utomordentliga åtgärder för att öka tillgången på ögonläkare. Detta bör ske genom en styrd utbildning eller genom tillströmning av utländska specialistläkare.

Med stöd av förbundets läkarråd hemställer Svenska Diabetesförbundet till Socialministern att snarast tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att tillgodose ögonpatienternas behov av specialistvård.

Svenska Diabetesförbundet

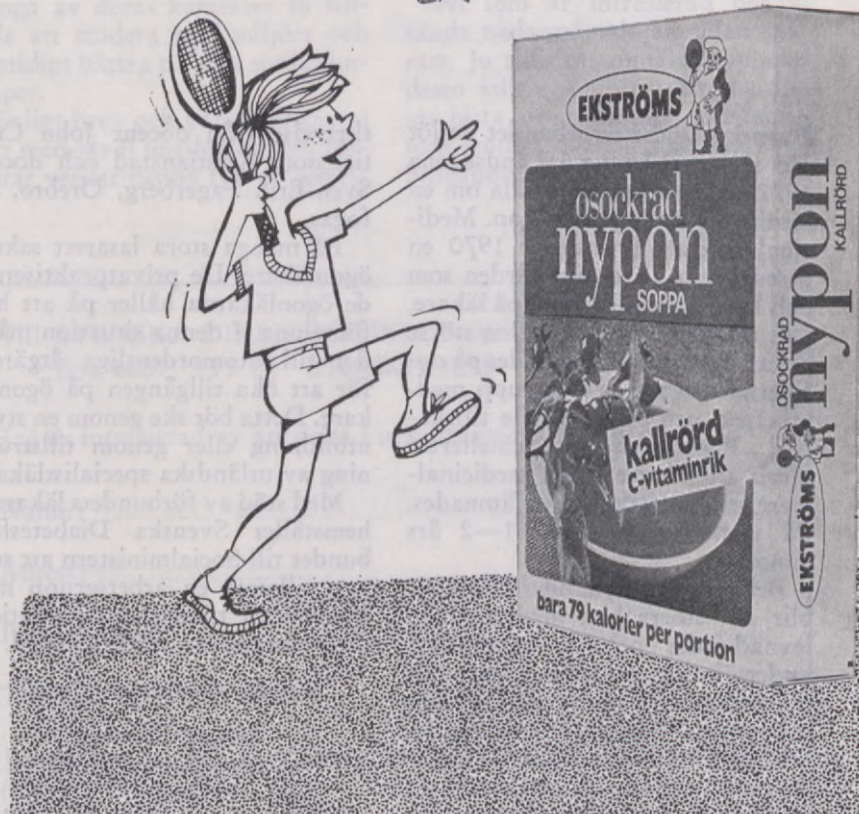
Nancy Eriksson
Förbundsordförande

Forts på sidan 22

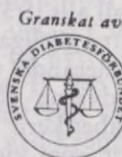
Motion ger

rejäl förbränning...

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| Näringsdeklaration: | 1 portion färdig soppa (2,5 dl) |
| 100 g pulver ger ca: | 79 kalorier |
| 330 kalorier | 18,8 g kolhydrater (varav |
| 80,4 g kolhydrater (varav | 10,5 g av sorbitol) |
| 44,9 av sorbitol) | |
| 1,3 g äggvita | |
| 1,1 g fett | |



Och nyponsoppa ger hela dagsbehovet c-vitamin (60 mg) i en enda portion. Det är nyttigt det! Ekströms kallrörda nyponsoppa är osockrad. En portion om 2,5 dl innehåller ungefär samma mängd kolhydrater och kalorier som t. ex. ett äpple och en apelsin tillsammans.



BILAGA

Ett flertal sjukvårdsområden i vårt land brottas f n med en besvärande brist på läkare. Inte minst gäller detta ögonsjukvården, där orimligt långa väntetider inom den öppna sektorn blivit dess konsekvenser. Svenska Oftalmologförbundet kunde hösten 1971 på basis av inkomna rapporter beräkna den genomsnittliga väntetiden för sjukhusklinikernas öppenvård till 10,8 månader för icke akuta fall. Ingen annan av de över landet utbyggda specialiteterna har en tillnärmelsevis så lång väntetid.

Ur allmänmedicinsk och humanitär synpunkt är naturligtvis ett sådant förhållande svåracceptabelt. För diabetesvården är det direkt förödande. I den konsekventa och målmedvetna hälsokontroll, vi numera mödosamt byggt upp inom diabetesvården, intar de regelbundna besöken hos ögonläkaren en väsentlig plats. Ögat och synfunktionen måste underkastas kontinuerlig kontroll allt ifrån sjukdomens debut för att i görligaste mån förebygga alarmerande förändringar, oftast omedvetna för patienten. Vidare: diabetikern är ingalunda någon klient, som vid smärre förändringar i ögats refraktionssystem utan vidare kan hänvisas till optiker. De av myndigheterna anbefallda regelbundna körkortskontrollerna gör honom likaledes beroende av ögonläkarens tjänster.

När väl de diabetesbetingade förändringarna uppträda i ögat, framför allt med lokal i ögats näthinna, har de visat sig vara ett svårbemästrat sjukdomsfält. Diabetesretinopathi är en av de vanligaste orsa-

kerna till blindhet i dagens Sverige. Efter en lång period av terapinihism försöker man nu allmänt att även behandla dessa komplikationer i deras initialskede. Därför kräves emellertid en utomordentlig omsorg i dess kartläggning, god erfarenhet i dess direkta terapeutiska handläggning, och — icke minst — tidigt uppspårande av dessa komplikationer hos de sjuka.

Den rådande bristen på ögonläkare medför därför utomordentligt svåra konsekvenser för diabetikern även i framtiden. Hans förebyggande ögonkontroll eftersättes eller tidsförskjuts med risk för tidigt inträdande komplikationer. Likaledes kan dessa komplikationer under samma betingelser passera det skede, varunder de äro tillgängliga för terapi, med följande konsekvens för morgondagen: obotlig blindhet.

Det är därför förklarligt, att Svenska Diabetesförbundet med oro åser den nuvarande utvecklingen och hemställer om ökad utbildning av ögonläkare med det snaraste. Svenska Oftalmologförbundet har beräknat, att den nuvarande bristen (1970—71) på ögonläkare uppgår till drygt 200 stycken för riket i dess helhet. Med tanke på den långa utbildningstiden torde det vara angeläget, att rekryteringen till ögonläkarbanan redan nu stimuleras.

Kristianstad den 10 oktober 1972

John Christiansson

M. D. Docent
Överläkare vid Ögonkliniken
Centrallasarettet, Kristianstad

Sven-Erik Fagerberg

Docent, överläkare
Medicinska kliniken
Regionsjukhuset, Örebro

FRÅGAN ÄR FRI

Fråga: Jag har en dotter på 8 år som är diabetiker. Hon tar 4,5 streck Novo Lente varje morgon. Försöker hålla henne igång så gott jag kan när hon kommer hem från skolan. Vi cyklar, åker skidor, tar promenader allt efter årstiden. Tar prov med Clinitest 2-droppsmetoden. Proverna visar ju väldigt olika, men hennes läkare sa, att det fick jag finna mig i. Han tyckte, att jag skulle rätta mig mer efter urinmängden. Hur stor får den vara på ett dygn? Är proverna bra, blir jag så glad, men är dom dåliga, blir jag så deprimerad. Är så rädd att hon skall bli blind. Har läst om så många i tidningarna som har blivit blinda på grund av sin diabetes. Senast idag har jag läst om en som har blivit blind, hon hade en allvarlig diabetes. Vad är det för skillnad på allvarlig diabetes och vanlig? Finns det ingen som har klarat sin syn, som har fått diabetes som barn? Såg programmet i TV om diabetes, även hon var synskadad. Om min flicka skulle få dålig syn, kan hon då behandlas med dessa strålar som visades då? Eller är det bara en tillfällig bättring.

Hoppas jag får svar

Svar: Det finns ett stort antal frågor i Ert brev och jag har tyvärr ej möjlighet att i detta nummer av DIABETES besvara alla dessa, men jag återkommer i nästa num-

mer med ett utförligt svar. Jag vill dock redan nu ändå passa på att rikta viss kritik mot TV-programmet. I likhet med flera kolleger har jag funnit flera inslag såväl olämpliga som oriktiga. Jag vill också nämna att de allra flesta diabetiker *inte* blir synskadade.

Fråga: Jag är en man på 33 år, diabetiker sedan 20 år, som skulle vilja ha svar på ett par saker som jag gått och grunnat på.

Protein, av det slag som »kroppsbyggarna» använder, är det skadligt för en diabetiker? Jag är nämligen mycket intresserad av just sådan muskelträning. För en tid sedan såg jag en annons om något protein som kan användas av diabetiker. Om det är riktigt skulle jag vilja ha lite upplysning om det.

Jag har ytterligare en fråga. Enligt många vetenskapsmän är *E-vitamin* värdefullt för människor, varför jag undrar om diabetiker kan använda det. Ty det är ju så att skall man ha nytta av träning, måste kroppen få den näring som behövs, i annat fall kan väl träningen bryta ned kroppen i stället för tvärtom. Jag hoppas alltså att jag kan få svar på om vad »protein och E-vitamin» (Enertol) har för inverkan på en diabetiker, med avseende på exempelvis blodsocker, urinsocker eller om sockerhalten i blodet höjs.

Olofström

Svar: Protein = äggviteämne utgör ett ytterst viktigt byggnadsmaterial i levande organismer. Det finns ett mycket stort antal proteiner

hos människan. Hos proteinerna råder ett intimt samband mellan struktur och funktion. En viss mängd protein måste av olika anledningar ingå i den dagliga kosten. Denna mängd uppgår till mellan 70 och 100 g per dag för vuxna. De huvudsakliga proteinkällorna är kött, fisk, ägg och mjölk. Det är emellertid inte tillräckligt att äta en viss mängd proteiner utan också rätt sort. Vissa proteiner är sammansatta av byggstenar (aminosyror) som den mänskliga organismen inte själv kan tillverka, medan andra äggviteämnen består av mindre livsviktiga aminosyror. Kött och mjölk utgör exempel på sådana födoämnen med högt proteinvärde. De proteiner Ni omnämner är oftast utvunna ur sojaböner och är inget »dåligt protein». Själva geschäftet och reklamen om denna proteinkälla är däremot värd stor kritik!

Minimibehovet av E-vitaminer uppgår till ca 10—30 mg per dag för vuxna. Bristsymptom är utomordentligt sällsynta och kan någon gång registreras som en förändring i röda blodkroppsfunktionen. Hos människan upplagras stora mängder E-vitamin i fettvävnad, testiklar, binjurar. De huvudsakliga källorna är vegetabiliska oljor, cerialieprodukter såsom vetemjöl, ris, majs, korn, råg etc, vidare ägg och lever. Hos svenskar med normal kosthållning kan man inte räkna med att E-vitaminbrist existerar. E-vitamin har ingen som helst betydelse för uppkomsten av sockersjuka, insulinverkan etc. E-vitamin kan inte heller i sig själv påverka blodsockret, urinsöcket eller höja sockerhalten i blodet. Det finns

ingen anledning att äta extra E-vitaminer såvida man inte totalt slutar med att förtära de ovan angivna födoämnen.

Fråga: Det förekommer i tidningen Diabetes annonser om sockerersättningar, som jag ej sett någon bedömning av i tidskriften. Det gäller »Sionon» och »Fruktsocker». Undertecknad har skaffat deras resp receptsamlingar, som jag dock tycker upptar väl stora doser sockerersättning och överhuvudtaget förvånansvärt många »söta rätter». Anser mig ha en sk »stabil» diabetes vid provtagning utan socker i urinen, men är dock tveksam, om man kan lita på dessa annonser. Särskilt det finska, som utvinnes ur »vanligt socker». Vore tacksam för en redogörelse från en diabetesläkare i tidskriften om nämnda preparat verkligen är att rekommendera.

Diabetiker

Svar: Denna fråga har belysts vid ett par tillfällen i tidningen Diabetes: artikel av dr Bo Andersson i nr 1/1970 sid 8 och av mig i nr 2/1972 sid 17. Jag föreslår därför att Ni går igenom gamla nummer eller skriver till redaktionen och får kopia på aktuella sidor.

Fråga: Då min 10-årige son insjuknade i diabetes för 15 månader sedan, hade han en insulin dos på 4 IE/dag (Novo lente). Sedan dess har vi fått höja regelbundet så att dosen nu är 50 IE/dag och det

kommer inte att stanna därvid. Är denna ökning normal eller är det så att han blivit mer eller mindre resistent mot insulinet? Undrar också om de kliniska försöken med det nya renare insulinet (danska) ännu rönt någon framgång.

Jonas mamma

Svar: Det är väl känt att insulinbehovet sjunker påtagligt veckor—månader efter att diabetesjukdomen diagnosticerats men som under den första akuta perioden kanske krävt stora mängder insulin. Inte sällan kan man helt upphöra med insulininjektionerna för en begränsad tidsperiod. Efter ett antal månader ökar insulinbehovet successivt. Infektioner, rubbningar i sköldkörteln och andra sjukdomar kan medföra akut ökat insulinbehov. Dessutom bidrar dietära förhållanden givetvis. Det är omöjligt att säga vad som gäller för Er son. Han uppvisar visserligen ett ordentligt insulinbehov, 50 IE, men det rör sig inte om någon egentlig insulinresistens, dvs förekomst av faktorer som kraftigt motverkar insulin och som bl a kan bero på insulinantikroppar. För att rätt kunna värdera det egentliga behovet krävs information om diet, kroppsvikt, sort av insulin som Jonas har.

Vad beträffar det danska insulinet så är det lite tidigt att uttala sig om värdet generellt. Användning av det danska insulinet (Monokomponentinsulin) medför fördelen att inga insulinantikroppar bildas vid behandling. För vissa specialfall kan det alltså vara angeläget att använda Monokompo-

nentinsulin, men det är tveksamt om användningen av detta insulin får större praktisk betydelse.

Fråga: Jag har varit diabetiker drygt ett år och gick i början på 28 IE Novo-Lente och har sedan kunnat sänka insulinet i samband med viktnedgång och går numera på enbart diet. Jag arbetar som serviceman. Huvudsaklig sysselsättning: reparation av kyl- och frysenheter.

Veckan före jul råkade jag antagligen ut för fosgenförgiftning (symtom huvudvärk, ökad törst samt frös och svettades om vartannat). Fosgen kan bildas som sönderdelningsprodukt av freon tex vid öppen låga (lödningsarbeten) och troligen även vid bränd hermetisk kompressor. Vid efterföljande urinprov hade jag socker. (Clinistix mörk inom 10 sek.) Kan fosgen eventuellt utlösa diabetes, eftersom sockret försvann efter tre dagar?

E B

Svar: Det är inte ovanligt att insulinbehovet minskar månaderna efter att diabetesjukdomen diagnosticerats och i det tidigare skedet krävt ganska rikligt med insulin. Speciellt då man lyckats gå ner i vikt kan insulin dosen reduceras en hel del. Så småningom får man tänka sig att insulinbehovet återkommer beroende på att diabetesjukdomen i sig själv förvärras. Detta kan ske gradvis så att det endast vissa dagar förekommer sockerutsöndring och sockersymptom. Bidragande orsak till försämrad

diabeteskontroll och ökat insulinbehov är infektioner, operationer, vissa akuta hjärtsjukdomar m m.

Hos Er skulle jag kunna tänka mig att Ni har drabbats av en akut övre luftvägsinfektion veckan före jul, vilket medfört feber med fryssningar, svettningar och huvudvärk. Som en följd av svettningar samt att sockret har stigit för en viss tidsperiod, har Ni fått törstsymptom. Jag tror inte att det föreligger någon fosgenförgiftning, då detta framför allt går med kraftig irritation från luftrör och ger symptom som är långt allvarligare än de som Ni beskrivit. Teoretiskt sett kan en »äkta fosgenförgiftning», i likhet med andra ovan angivna stressfaktorer, medföra ökat blodsocker och därmed symptom på diabetes för längre eller kortare tid.

Fråga: Jag läste i en dagstidning om en forskare som skrev att magnesium måste finnas i blodet för att det ska skicka ut signaler till bukspottkörteln, som då skall sända ut insulin i blodet och sänka sockret. Kanske de som har diabetes lider brist på magnesium i blodet?

Tacksam för svar

Svar: Det är väl känt att inte bara en rad ämnen såsom socker (glukos), äggviteämnen, fettsyror m m utan även vissa sk joner, bl a kalium, kalcium, barium och måhända även magnesium har viss betydelse för bildning och frisättning av insulin. Orsaken till diabetes är dock *inte* att vissa personer lider brist på magnesium.

Fråga: Min dotter, 10 år, är diabetiker sedan februari i fjol. Hon går under kontroll med jämna mellanrum. Hennes urinsocker, testat med »Clinitest reagenter» har hittills alltid varit negativt (0 %). Den senaste månaden har proven dock visat omväxlande höga och låga mängder urinsocker. Vid dygnsprov i juli månad upp till 5 %. Efter kontakt med hennes läkare höjdes insulin dosen »Novo lente» från 3 streck till 4,5 för att därefter sänkas till 4 streck. Urin-testerna visar nu från 1/4—4 % (testerna gjorda på den — efter nattkisset — kissade urinen före maten). Min dotter reagerar mot höjd insulin dos med huvudvärk och hungerkänslor (därav läkarens sänkning av dosen). För övrigt är hon pigg och duktig. Vår läkare förklarade förloppet som så, att bukspottkörteln ännu producerar insulin, fastän ojämnt, och att det inte är något som man behöver oroa sig för. Först då upprepade prov visat mer än 2 % (över en vecka) behöver man göra något åt saken.

Nu till den egentliga frågan: Jag accepterar till fullo vår läkares förklaringar men kan ändå inte sluta oroa mig. Jag resonerar som så, att är inte provet negativt så finns ett överskott av blod- och urinsocker i kroppen som påverkar kroppens kärl och vävnader och som så småningom gör diabetikern invalidiserad i form av blindhet och/eller rörelsehindrad i form av ledbesvär. Frågan är nu om jag har rätt i min förmodan och i så fall hur lång tid en sådan förändring av kroppen tar? En annan fråga är: hur upplever andra diabetiker

sin situation med avseende på provtagning? Visar en sk rätt inställd diabetikers urinprov liknande urinsockermängder?

Tacksam för svar snarast

Svar: Även om definitiva bevis saknas så anses det allmänt att samband råder mellan uppkomsten av kärlförändringar och mindre väl reglerad ämnesomsättning vid diabetes mellitus. Man vill därför gärna åstadkomma under dagar, veckor, månader, år helt normaliserad ämnesomsättning, bedömd exempelvis av blodsockernivåer. Vi vet alla att sådan perfekt blodsockernivå som regel endast kan åstadkommas de första åren efter det att diabetessjukdomen debuterat hos unga individer. Vi vet inte om det är den höga blodsockerhalten eller andra ämnesomsättningsprodukter eller den nedsatta insulinverkan i sig själv som utgör den direkta orsaken till kärlförändringarna.

Beroende på sjukdomens svårighetsgrad och längd föreligger olika grad av risk för uppkomsten av diabetiska kärlförändringar. Hos patienter som haft diabetes i 20 år och längre är risken för äggvita i urinen eller andra tecken på nedsatt njurfunktion ca 10 %. Små betydelselösa förändringar i ögonbottenarna kan uppträda hos nästan alla patienter som haft diabetes 20—30 år.

Angående samband mellan diabetes och ögonförändringar har detta speciellt beskrivits av dr Christiansson i tidigare artikel i tidningen Diabetes. Vad beträffar själva kontrollen får man inte ha en övertro på dessa tester. Man skall inte bara ta hänsyn till soc-

kerprocenten utan det är minst lika viktigt att ta hänsyn till volymen. $\text{Procent} \times \text{volym} = \text{mängden urinsocker}$ är en väsentligt bättre indikator på om blodsockret ligger högt eller lågt. Anledningen härtill är att man får in en tidsfaktor i resonemanget. En snabb men övergående stegring av sockerprocenten efter måltid är inget att oroa sig för.

Först genom upprepade urinsockerprocentprov med 2—3 prov efter varandra kan man utan att bestämma volymen få en uppfattning om det är något som man bör åtgärda, på kort eller lång sikt genom ändring av insulindos, diet etc.

Docent Jan Östman

Fråga: Jag är en medelålders man, som fick diabetes år 1959. På lasaretet försökte man först med bara diet och tabletter, men resultatet var inte bra, så jag såg med fasa fram mot den tid då jag skulle injicera insulin med de gammalmodiga handsprutorna. Jag är nämligen sedan födseln en känslig natur, totalt saknande anlag för att sticka mig med nålar i köttet à la fakir. Dessutom har jag starkt nedsatt syn — dock icke genom diabetes — som gjorde det svårt för mig att se strecken. Genom diabetesföreningen på orten fick jag emellertid köpa en Helinos pistolspruta. Den var verkligen en stor välsignelse för mig. Den gav mig självförtroende och trygghet, eftersom jag kunde klara mig själv utan hjälp. Detta blev speciellt värdefullt för några år sedan, då min hustru avled och mina barn lämnade hemmet.



I kkp diabet = I kkp socker

Enklare kan det inte vara. Laga mat och baka precis som vanligt - byt bara ut sockret mot Diabet. Diabet har samma sötningsgrad som socker. Finns i livsmedelsbutiker och varuhus.

Diabet Strösötmedel innehåller 99,9% sorbitol, som är ett naturligt sötningsmedel framställt av majs. Tillsats 0,1% natrium saccarin. Kaloriinnehåll ca 375 kal/100 g.

Dagsranson för vuxen bör ej överstiga 50 gram.

Heistad

ledande tillverkare av diabetesprodukter.

tre Säljare

Stockholm Göteborg Malmö
08/81 01 25 031/16 31 70 040/687 87

Efter ett tiotal år som diabetiker kom jag till en statlig skola för synskadade. Där träffade jag många diabetiker. Till min stora förvåning hörde jag att de inte kunde klara insulininjektionerna själva, trots att de hade Helinos pistolsprutor för synskadade. Jag tänkte att de måste vara väldigt tafatta och drumliga av sig.

Vid denna tidpunkt blev pistolsprutan kostnadsfri för diabetiker. Genom min läkares försorg fick jag två stycken för synskadade med 20 streck. Min första spruta hade bara 10. Nu fick jag emellertid förklaringen varför mina kamrater på blindskolan inte kunnat ta sitt insulin själva. Trots att jag riktigt ställt in båda sprutorna på 7 streck, kunde de stanna på vilken mängd som helst när jag fyllde dem med insulin från ampullen. Inskjutandet av spetsen i låret gick bra, men när jag skulle injicera insulinet kunde åter sprutan stanna var som helst mellan 0 och 6. Fast jag trodde att jag klämt den i botten.

Efter vad jag tror måste detta bero på följande: I den rostfria »pistolen» har det hål, igenom vilket kolvstången går, blivit mindre på de nya modellerna. Vidare har kolvstången blivit vingligare, så att den svajar åt sidorna. Då kan de på kolvstången löpande muttrarna och *t o m gängorna* komma i kontakt med hålets kanter och stoppa sprutans kolv i icke önskade lägen.

Jag vore tacksam om ni ville undersöka dessa förhållanden. Det kan ju hända att jag genom min dåliga syn misstagit mig. Dock fungerade ju min första pistolspruta så bra.

Denna sak kan vara av större

betydelse för synskadade diabetiker än ni kan ana. *Pistolman*

Svar: Pistolman har tydligen en Helinos special pistolspruta för synskadade. Pistolsprutan är känslig, komplicerad och slits lätt. Pistolman har rätt i att en viss kvalitetsförsämring har inträtt. En dålig vara skall man dock reklamera. Numera får man samtliga sprutor på apotek genom att uppvisa ett s k hjälpmedelskort. Pistolman bör be apotekspersonalen noggrant kontrollera, att sedan man ställt in sprutan på önskat läge, kolven verkligen stannar på detta läge. Om inte, bör sprutan återsändas till fabrikanter. Pistolman bör också kontrollera sprutan då och då. En del pistolsprutor slits mycket fort. En fördel med de nyare sprutorna är, att sprutglaset med kolv är utbytbart. Den nya kolven skruvas fast i kolvstången. Om inte denna skruvas åt hårt nog, blir kolven lätt »vinglig» och kan lätt haka i hålet, där kolvstången går. Följden blir, att kolven inte går i botten vid injiceringen. Det är viktigt att man vid rengöringen av sprutan tar isär delarna, diskar dem, sköljer dem samt skruvar ihop alla delar omsorgsfullt innan sprutan kokas och på nytt placeras i behållaren för användning. Om något inte är tillräckligt åtskruvat saboteras hela injektionsförfarandet. Av säkerhetsskäl bör endast läget som ställs in med kolvstången användas. Läget som ställs in med muttern på kolvstången är helt otillförlitligt. Det är bara att hoppas att det kommer ett bättre alternativ till pistolsprutan snart. Behovet är stort. *Kerstin Sparre*

Den psykiska sidan

— Det är därför naturligt att han (diabetikern) ibland blir irriterad, deprimerad och odräglig för omgivningen.

Så skriver med dr *Bo Andersson* i skriften *Diabetes*, ingående i Skandias serie *Vår hälsa*.

Den psykiska sidan av sjukdomen synes mig allt för litet beaktad. Det skulle vara intressant om denna tidskrift i någon eller några artiklar ville ta upp detta ämne.

Det är säkert inte många sjukdomar, där den sjuke så fixerar sjukdomen vid sig som just diabetes.

Diabetikern har svårt för att se bort från sin sjukdom. Och skall, såvitt jag förstår, inte heller göra det. Han måste ständigt ge akt på sig själv, vara noga med vad han äter, kontrollera sin vikt, titta efter kroppsliga förändringar, noga akta sina fötter, och framför allt kontrollera socker i urin och blod.

Det är svårt att bli vän med sin sjukdom. Man får leva med den som med en påträngande kamrat, för vilken man har föga sympatier.

Detta ständiga aktgivande på sig själv kanske kan komma diabetikern att i andras ögon framstå som en egocentriker. Man får ibland en känsla av att folk uppfattar en som en gnällspik, då man förklarar att det och det får jag inte äta. — För en gångs skull kan du väl ta en tårtbit, det är ju inte alla dar jag

fyller 50 år, så farligt är det väl inte att göra ett undantag, fru Petersson, som jag umgås med, hon äter ärter och fläsk varje torsdag och inte mår hon illa av det, du skulle nog ha andra tabletter, Johansson, du vet, han kan äta vad som helst, han bryr sig aldrig om någon diet . . .

Så skall diabetikern ha motion också. Ibland kryper hans lättja bakom det faktum att det regnar och blåser ute, och då tycker han det inte gör så mycket att han inte går ut och går den dagen, och så får han dåligt samvete efteråt.

Blodsockerhalten har också inverkan på humöret.

När jag ser tillbaka på tio år som diabetiker, så framstår vid tanke härpå vissa händelser i en helt annan dager.

Jag minns hur underlig, känslig och uppbrusande till humöret jag var just vid den tidpunk då sjukdomen bröt ut. Då undrade jag själv över mitt humör — och vad skulle inte andra göra? — men nu förstår jag det bättre.

Under några år var sjukdomen alldeles borta men kom sedan tillbaka och även i samband därmed har jag märkt lynnesförändringar, som jag inte är glad åt. Jag blir ledsen, irriterad, ja, helförbannad utan att jag kan förstå varför. Det bara blir så. Jag skäms. Det händer att jag ber om ursäkt. Någon gång verkar det som om vederbörande inte alls tagit vid sig. Jag har tydligen inte verkat så arg och vrång som jag själv känt mig.

Jag har ibland också förvånat mig över andra människors uppträdande. De har gjort illa åt både mig och andra. Och jag har inte

Pingis för diabetiker

Söndagen den 21 januari togs det första steget för en bordtennisupp-takt för diabetiker i västra distrik-tet. Den första tävlingen hölls i Alingsås och av distriktets 10 klub-bar ställde tre upp den första gången.

— Meningen är dock att få med alla, sade Alf Gustafsson i Alings-åsföreningen.

De som ställde upp denna gång var Alingsås, Skövde och Göte-borg. När det blir tävlingar nästa gång hoppas man att även Borås, Trollhättan, Vänersborg, Uddeval-la, Lidköping, Mariestad och Fal-köping finns med.

förstått varför. Jag har uppfört dem på min själs svarta lista, tänkt och talat illa om dem.

Sedan har jag fått veta, att de är diabetiker och då har jag både förstått och förlåtit dem.

Jag får dåligt samvete ibland för mitt dåliga lynne. Jag frågade en annan diabetiker om han märkt några sådana lynneshändelser. Men det hade han inte. — Jag har ett väldigt jämnt lynne, eller hur, gumman lilla, sa han och vände sig till sin fru.

— Jo, jag tackar jag, sa hon. Nog märks det, när du inte är riktigt bra.

Som sagt, det vore intressant att få denna fråga närmare belyst. Helst också med några goda råd. Om det finns några att ge.

Sven Strömblad

Det blev mycket lyckade täv-lingar i Nollhagahallen och spän-nande var det i A-gruppens final mellan Alingsås och Skövde. 5—5 slutade den matchen. För Alingsås deltog Tore Karlsson, Ulf Kolback och Olle Lindström. Skövdes lag: Bertil Andersson, Gunnar Anders-son och Bengt Gustafsson.

Före finalmatchen hade Alings-ås besegrat Göteborg med 6—0. I B-gruppen var Skövdes lag helt suveränt och trion Stig Marberg, Mona Marberg och Kjell Gustafs-son utklassade Göteborg med 6—0 och Alingsås med 6—0.

I C-gruppen var Alingsås lika överlägset och finalvann över Gö-teborg med 6—0. Skövde hade inget lag i C-gruppen.

Alf Gustafsson:

— Det var glädjande att det var så mycket ungdomar med och spe-lade. Det brukar vara svårt att nå dessa annars.

Det verkar lovande för fram-tiden.

— Detta var en liten början och som sådan betecknar vi den som mycket lyckad.

Nästa gång diabetikerna spelar bordtennis blir det lite allvar ock-så. Då gäller det den första in-teckningen i Alingsås-Kurirens vand-ringspris och då hoppas vi att alla distriktets klubbar finns med i denna tjugiga sport.

Från förbundets sida

hoppas vi på att initiativet från Alingsås skall tas upp bland för-eningarna runt om i landet. Kan-ske vi då småningom kan ordna ett distriktsmästerskap i bordtennis för hela landet.

Vad tycker ungdomarna?

Vi har ofta diskuterat olika frågor som berör diabetiker som ännu ej hunnit så långt upp i åldrarna.

Problemet är bara att vi aldrig har haft tillfälle att vid ett och samma tillfälle sätta oss ned med ungdomar från hela landet för att tillsammans med dem diskutera igenom frågor av speciell betydelse för dem.

Ungdomskonferens

Med hänsyn till detta kommer förbundet att ordna en ungdomssammankomst den 31/3—1/4 1973 i Stockholm. Vår förhoppning är att den geografiska spridningen skall bli så fullständig som möjligt.

Vi har vidare tänkt oss att deltagarna skall vara mellan 15 och 25 år och att lokalföreningarna (kanske länsvis) väljer ut deltagare. Är Du intresserad bör Du alltså snarast kontakta Din lokalförening.

Har Ni haft diabetes 50 år eller mer kontakta Svenska Diabetesförbundet

Adress: Box 6609
113 84 Stockholm
Telefon: 08/34 09 10

FÖRENINGSNYTT

FÖRENINGSMÖTEN

Diabetesföreningen i Göteborg m o håller ordinarie årsmöte på Rörska Museet onsdagen den 28 mars kl 19.00.

BORÅS

Diabetesföreningen i Borås m o, eller som den hette då den grundades 1947 »Föreningen för sockersjuka i Borås m o», firade den 10 december 1972 25-årsjubileum.

Jubileet hade arrangerats tillsammans med föreningens traditionella luciafest. Ett hundratal medlemmar, därav drygt 20 barn, hade mött upp till festligheterna i Annelundsvillan, Borås.

Föreningens nuvarande ordförande Claes Eisen gav en återblick på föreningens 25-åriga verksamhet. Han konstaterade att redan 1948 diskuterades diabetikern och hans värde i samhället med utgångspunkt från »1943 års sockersjukutrednings betänkande». Trots att det har gått nästan 30 år sedan utredningen gjordes har målet om jämställdhet i samhället ännu ej nåtts.

En tradition som hållits vid liv är de årliga vårutflykterna med buss. Redan 1957 knöts banden tätt mellan Göteborgs- och Boråsföreningarna. Detta år gjorde man för första gången en gemensam utflykt. Nu är dessa träffar vårens höjdpunkt för många medlemmar.

Claes Eisen tackade särskilt före kassören Erik Rydell för hans stora insatser för föreningen. Under medlemsvårningskampanjen 1967 ökade Boråsföreningens medlemsantal med hela 175 0/0 eller 250 nya medlemmar, de flesta värvade av Erik. Tyvärr kunde inte Rydell vara närvarande vid jubileet p g a sjukdom.

Efter en god middag underhöll lucia och tårnor med sång och musik. Dietist Ewa Petterson talade om diabeteskost förr och nu. Kvällen avslutades med vad alla väntat på: Mr Wallentin, trollkarlen. Han trollade fram både duvor och bollar ur sina hattar.

Här till sist några tänkvärda ord som Claes Eisen slutade sin återblick med och som vi alla bör ha i åtanke: »Diabetesförbundets framgångar har åstadkommit genom ett aktivt arbete av lokalföreningarna och enskilda medlemmar i hela landet. *Vi skall* arbeta tillsammans för att nå våra mål! *Vi skall* således arbeta för att sprida kunskap om sjukdomen, till nytta för både diabetikerna själva och deras omgivning. *Vi skall* tillvarata diabetikernas intressen och gemensamt hjälpa till att försöka lösa de problem som kan uppstå. Kan vi gå efter dessa riktlinjer har vi säkerligen stora möjligheter att få samhället att förstå och acceptera diabetikern som en vanlig fungerande medborgare».

HE

KALMAR

Diabetesföreningen i Kalmar vill ha en diabetesdispensär.

— Det skulle vara betydligt tryggare för diabetikerna, säger

föreningens ordförande, Willy Hagström.

Idag behandlas diabetikerna på lasarettet. Många upplever det som mycket besvärligt och osäkert att behandlas av olika läkare nästan varje gång.

— Varje läkare har sin bedömning av en patient, och ibland kan det vara fråga om mycket olika bedömningar, säger Willy Hagström. Det betyder förstås, att patienten ofta behandlas olika olika gånger och blir otrygg. Det vore ett stort steg framåt, om vi kunde få en dispensär.

— Dessutom skulle dispensären avlasta lasarettet.

En diabetesdispensär finns redan i Bromölla.

Willy Hagström har fått uppdraget att undersöka möjligheterna för en dispensär i Kalmar. Den skulle bekostas av landstinget.

Omkring 2,5 procent av befolkningen är diabetiker idag. Antalet har ökat kraftigt i takt med välståndet. Föreningen i Kalmar har 350 medlemmar.

LYCKSELE

Det sedvanliga höstmötet hölls på S:t Mikaelsgården den 11 november. Medlemstillslutningen var god och ordf Wahlberg lämnade en redogörelse från regionalträffen för övre Norrland i Löfvånger den 9—10 september. Förbundsledamoten Börje Larsson från Luleå informerade om diabetesforskningen och förbundets anslag till denna, om kurs- och lägerverksamheten i Bocksjö samt upplysningsverksamhet om diabetes i skolor och övriga aktuella åtgärder.

Det känns lättare att leva om magen fungerar som den ska



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

Duphalac fungerar som naturen själv

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

Duphalac är flytande

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

Duphalac smakar bra till morgonmålet

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

smakar Duphalac också bra likaså i en kopp choklad.

Pröva och experimentera.

Så förebygger Du förstoppning

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

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

Utförlig doseringsanvisning finns på flaskan.

Duphalac

Receptfritt på apotek. Men rådfråga först Din doktor.



FERROSAN

Distriktssköterskan Gullbritt Wiklund från Malå medverkade med föredrag om injektionsteknik och presenterade de färskaste nyheterna på detta område. Kaffe-kommittén svarade som vanligt på ett förstklassigt sätt för sin del av programmet, och deltagarna kunde efter ordförandens avslutande ord nöjda skiljas åt.

O L

KARLSKOGA

Till vackert dukade bord, »en produkt av vår kvinnliga ryggrad» samt ett »tack vare Gärda och hennes flickor» gott och rikligt matbord hälsades 116 glada, matsugna deltagare välkomna till Bergslags-hallens skolbespisningslokal. Några trodde vid anmälan om deltagande, att de ej skulle orka hänga med men sade, jag kommer väl dit och äter. Men sällan har en ordförande blivit så nerröstad som när frågan ställdes kl 24.00 om det ej var tid att avsluta det roliga och tänka på morgondagen. Tack Harry Gullbrands familjeband för lätt-sam och taktfast dansmusik.

Kvällens clou: Gärda Nilsson överlämnade 405 kr till föreningens verksamhet, insamlade medel från Avd I Karlskoga skolbespisningspersonal. Ett hjärtligt tack!

N A

VÄXJÖ

»Julen vara än till påska...» — Därom blev drygt 200 personer påmindas söndagen den 28 januari då Diabetesföreningen Kronoberg hade sin traditionella julgransfest i Varendssalen, Växjö.

Festen kunde genomföras — och ge ett gott netto till föreningens verksamhet — tack vare givmilda företag och enskilda. Barnens glädje var uppenbar: fiskdamm, lotterier med källar, kläder, leksaker, böcker och skrivmateriel lockade. De vuxnas lotteri innehöll en mängd varierande vinster: supéer för två, presentartiklar, porslin, bilpläd, väskor, kosmetika m m. Tomten delade ut välfyllda påsar med frukt och sockerfria varor till alla barn. Damberths duo knöt med egna toner ihop festaktiviteterna till en helhet och inspirerade vuxna och barn att dansa så att granen till sist var »färdig» att kastas ut. Alla gick nöjda hem sedan de deltagit i lotterier, paketauktion, marknad och gissningstävlan.

Det märkliga med festen var att merparten av varorna »tiggts ihop» av en person — Birger Gustafsson från Tävelsås, Växjö. Tack, Birger och alla givare!

V J

VÄRMLAND

Representanter för föreningarna i Kristinehamn, Karlstad, Filipstad och Arvika har vid sammanträde i Karlstad beslutat bilda Värmlands läns diabetesförening. Säte för länsföreningen skall vara Karlstad. Från Kristinehamns Diabetesförening representerade Carin och Gunnar E Carlsson, Diabetesföreningen i Karlstad representerades av Per Köhlin och Åke Ekström, Filipstads Diabetesförening av Sonja Hansson och Svante Karlsson och Arvika Diabetesförening av Signe Gustafsson och

Calmuril kräm 10% Pharmacia

ger sköna fötter

När vattenhalten minskar i hornlagret blir huden torr och förlorar sin smidighet. Sprickor kan därmed lätt uppstå speciellt i förtjockad hud.

Valkar och förhårdnader är vanligast i händerna och under fötterna. Det är därvid nödvändigt att göra de förtjockade hornlagren tunnare och ersätta den torra hudens brister på fuktighetsbevarande ämnen.

Calmuril kräm 10 % för behandling av torr och förtjockad hud.

Calmuril kräm löser upp hornämnet och gör den förtjockade huden tunnare.

Dessutom ersätter Calmuril den torra hudens brister på fuktighetsbevarande ämnen.

Vattenhalten ökar och huden blir mjuk och smidig igen.

Behandlingsförslag:

Fötter med förtjockad hud, valkar och förhårdnader:

Efter ett ordentligt fotbad torkas fötterna och ett tjockt lager Calmuril kräm strykes på.

Massera in efter ca 5 minuter.

Behandlingen upprepas nästa dag och efter badet använder man då lämpligen också en borste på valkar och förhårdnader innan Calmuril kräm läggs på.

Efter 1 - 2 veckors daglig behandling är i allmänhet fötterna mjuka och sköna igen.

Behandlingen upprepas sedan vid behov, lämpligen 1 gång per vecka.

Torra händer och fötter:


Calmuril används som vanlig hudkräm efter varje tvättning och kontakt med vatten eller minst två gånger om dagen.

Krämens surhet kan initialt framkalla kortvarig övergående sveda.

Fins receptfritt på apotek i tuben om 50, 100 och 300 g.

Pharmacia Nordea AB, Uppsala - Avd Allmänna Läkemedel

100g
Calmuril
kräm 10%

 Pharmacia



Bengt Wikander. Till ordförande valdes överläkare Per Köhlin, Karlstad, som även är sammankallande, till kassör Svante Karlsson, Filipstad och till sekreterare och korresponderande ledamot Gunnar E Carlsson, Kristinehamn. Kontaktman blev fru Carin Carlsson, Kristinehamn.

Den nybildade länsföreningens uppgift är att i anslutning till Svenska Diabetesförbundets verksamhet samordna och stimulera verksamheten inom länet, att företräda lokalföreningarna inför olika länsorgan, att hålla kontakt med andra handikappgrupper inom länet och att främja diabetikernas socialmedicinska intressen och stödja diabetesforskningen. *G Csn*

GÖTEBORG

Det var mycket länge sedan Diabetesföreningens i Göteborg med omnejd sektion i Kungsbacka hade någon sammankomst, men eftersom det började bli aktuellt med deklaration, tyckte vi att det fanns anledning att mötas för att diskutera problemen. Tisdagen den 16 januari skulle vi samlas i Godtemplargården. Just den dagen kom vinterns första riktiga snöfall och vi trodde att nu kommer det knappast något folk. Till vår glädje svek inte diabetikerna. Ett 30-tal medlemmar kom och anslutningen har aldrig förr varit så god!

Kurt Sandsjö, som talade om deklarationsfrågorna, tryckte på att diabetikerna energiskt och eftertryckligt skulle hävda sin rätt till skattelindring. När taxeringsmyndigheterna fått vissa riktlinjer

att gå efter, skall man åtminstone hålla sig till dessa, sade han. I händelse av avslag skall man absolut gå vidare till nästa instans och överklaga. Han pekade vidare på de alltför låga belopp, som i dag gäller för både inkomster och avdrag. Diskussionen efteråt gav också vid handen att många medlemmar önskade ett mycket mera aktivt agerande från Svenska Diabetesförbundets sida i denna fråga.

Till hösten räknar vi med att kunna starta en studiecirkel om diabetes. Intresset var glädjande stort och cirkelledare finns redan.

Under kvällen framträdde Bertil Onvall och till luta sjöng han några Birger Sjöberg- och Evert Taubesvisor.

Medlemmarna föreföll nöjda med kvällen. Vi hoppas kunna ordna en träff snart igen! *UNIL*

Hjälp Diabetesförbundet i dess arbete!

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

Stöd arbetet för de sockersjuka

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

SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET

Box 6609

113 84 STOCKHOLM

*Diabetesförbundets
brevmärke*



Undertecknad beställer härmed att sändas mot postförskott:

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

..... st märken à 1: — kr

Porto tillkommer.

Namn:

Adress:

Postadress:

Läs Diabetes

Prenumerera på Diabetes

Rekommendera Diabetes

Forts från sidan 3

bundet har utan att vara medicinska experter kunnat arbeta för en vårdlinje.

Fråga II. Det är svårt för en patient att få rätt mot en läkare. Som alla förbund får vi ofta höra — mycket oftare förr än nu — om felaktig behandling och likgiltighet för patienten. Det har gjort, att förbundet rest kravet på patientdemokrati. Nu finns en nämnd inom socialstyrelsen, till vilken en patient, som anser sig ha lidit skada, kan vända sig. Men den nämnden, som man ofta beskyllt för att skydda läkarna och frikänna dem, kan bara uttala sig om läkarens skuld. Patienten kan inte utan att stämna läkaren få domstolsbeslut om ekonomisk ersättning för liden skada. Även om det

ur allmän säkerhetssynpunkt är av intresse att få läkarens skuld utredd, hjälper det inte den skadade patienten. Här måste en försäkring tråda till. Läkarförbundet har gjort en utredning om ansvarsnämnden och sin egen ansvarighetsnämnd och överlämnat förslag till regeringen. Vi hoppas att regeringen tar sig an frågan. För diabetikerna är det viktigast, att kontakten med vårdteamet på mottagningen fungerar. Detta är den säkraste vägen till patientdemokrati. Men här får man söka sig fram. Det ligger i luften, att det öppnas en dialog mellan myndigheten och den enskilde. Debatten kommer att föras ännu mycket länge.

Fråga III. Tandförsäkring är den tredje frågan, där förbundet ser sina framstötter ge resultat.

Injektions- och självtestmaterial

till reducerade priser

| | |
|--|------------|
| MEDI-SWAB, steril bomullssudd i folieförpackning Kr. — :10/styck | |
| Leopoldfodral av stål, komb. för 1 och 2 cc | » 28:—/ » |
| Clinitest-set, kvant. urinsockerkontroll | » 14:50/ » |
| Clinitest-reagetter, 100 st. | » 10:—/ » |
| Acetest-reagetter, syrakontroll, 100 st. | » 9:50/ » |
| Albustix-strips, äggvitekontroll, 60 st. | » 7:50/ » |
| Clinistix-strips, kval. urinsockerkontroll, 60 st. | » 7:50/ » |

Inkl. moms, porto tillk.

Beställ direkt från

ESKILSTUNA DIABETESFÖRENING

Postbox 97 631 02 ESKILSTUNA Postgiro 46 88 57

Beställningstelefon 016/254 51, endast efter kl. 18

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

1973 års riksdag kommer att föreläggas förslag om en tandförsäkring, där patienten får halva tandvårdskostnaden hos en taxebunden tandläkare. »Man kan inte titta en människa i munnen och sätta diagnosen diabetes», skriver Bo Andersson i sin bok om sockersjukan. Men en diabetiker får lättare, tidigare och i svårare form tandlossningssjukdomen. Särskilt om diabetesjukdomen är vanskött. Det är därför förbundet i fjol hade ett tandvårdssymposium, som följts av ett skandinaviskt tandläkarmöte med handikapporganisationerna. Vi har begärt, att en tandvårdsförsäkring skulle sättas i kraft tidigare för vissa grupper, bland dessa diabetikerna. Nu kommer alla att få del av reformen, men det finns skäl att särskilt observera, hur betungande tandvården blir, även när försäkringen träder till, för grupper med särskilda tandvårdsbehov som t ex diabetikerna. Detta har också socialstyrelsen framhållit i sitt remissvar över förslaget till tandvårdsförsäkring. Det kan bli anledning att finna någon form för ytterligare stöd åt diabetikernas tandvård.

Något som bör observeras redan nu är den tandvårdskampanj, som socialstyrelsen och tandvärnet satt igång för 15—19-åringar, som lämnar skolan. Det finns en ledsam tendens till nonchalans av tandvården, när skoltandvården upphör. Kampanjen går ut på att få varje elev överförd på en tandläkare utanför skoltandvården och där få en genomgång av tandstatus, redan innan skoltandvården är avslutad. I väntan på tandförsäkringen får inte diabetikerna för-

summa sina tänder. Vi har slagit larm, myndigheterna i skola och socialnämnd är skyldiga att göra allt för att skydda diabetikernas tänder, eftersom diabetessjukdomen påverkas starkt negativt, om tänderna förfaller. Diabetikerna är gladare än några andra för försäkringen men kan komma att begära ytterligare hänsyn för diabetesproblemet. Räkningen som samhället får betala, i form av sjukvård och hinder i arbetsförmågan, om tandvården försummas, är större än tandläkararvodet.

Det tycks i alla fall löna sig att arbeta för förnuftiga reformer.

Wauery Eriksson

**NI SOM
VILL HJÄLPA**
förbundet att sälja lotter, märken etc.

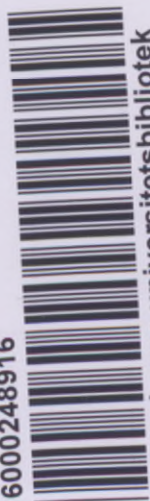
skriv till
**Svenska
Diabetesförb.
Box 6609
113 84 Sthlm**

Märk kuvertet "Ombud"

AB Sunco



6000248916



Göteborgs universitetsbibliotek

är lika med
ockerbit.

innehåller tre sötningsämnen:
mannitol och sorbitol.

INSULIN *Vitrum*

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

Insulin 40 IE

Insulin 80 IE

Insulin NUSO 40 IE

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

Insulin Special 40 IE

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

NPH-Insulin 40 IE

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

Zink-protamin-insulin 40 IE

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

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

Vitrum STOCKHOLM

