

Diabetikervårdens framtida organisation och diabetikernas socialmedicinska problem

En utredning verkställd på uppdrag av Medicinalstyrelsen.

Av bitr. överläkaren med. dr Bo Andersson, Stockholm

Forts fr föreg nr

Vården av patienter med juvenil diabetes

På basis av inhämtat yttrande från Svenska Barnläkarförbundets styrelse och efter samråd med olika pediatriker vill utredaren framlägga följande allmänna synpunkter på vården av patienter med juvenil diabetes:

En viktig fråga är avgränsningen av begreppet juvenil diabetes. Med juvenil diabetes menas de fall, där sjukdomen debuterar under barna- och ungdomsåren, det vill säga under den period av livet, som framför allt kännetecknas av tillväxt och utveckling. Dess omfattning varierar naturligtvis från individ till individ men utgör i genomsnitt de första 20 levnadsåren. Det är av betydelse att juvenila diabetespatienter behandlas och kontrolleras av läkare och vid sjukhusavdelningar, som framför allt har erfarenhet av denna åldersperiod, det vill säga vid de pediatrika klinikerna. Så är också i viss utsträckning redan nu fallet. På icke så få ställen sker dock ett avbrott i behandlingskontinuiteten redan vid 15 års ålder, det vill säga i en ålder då patienten sällan uppnått vare sig somatisk, psykisk eller social mognad och stabilitet. Det är därför ett önskemål att barn och ungdomar med juvenil diabetes kvarstannar under pediatrik kontroll under hela pubertets- och adolescensperioden, det vill säga som regel fram till 18—20 års ålder. Lokala och personliga specialförhållanden kan givetvis motivera att avsteg görs i den ena eller andra riktningen från här angivna princip.

Vården av den juvenile diabetikern sker och bör även i fortsättningen som regel ske vid centrallasarettens barnkliniker, vars överläkare är specialist i barnaålderns invärtes sjukdomar och under sin utbildning förvärvat stor kunskap och erfarenhet i diabetessjukdomens klinik och terapi. Av naturliga skäl varierar den enskilde över-

läkarens specialintresse, och det är därför viktigt att bestämda normer för behandling av juvenil diabetes fastslås och följes.

Vid vissa av landets barnkliniker finns ett särskilt manifesterat vetenskapligt och kliniskt intresse för den juvenila diabetessjukdomens problem. Det är sannolikt att juvenila diabetespatienter här erhåller noggrannare behandling och övervakning än på andra kliniker.

Instruktion och undervisning av diabetespatienter och även av deras anhöriga utgör en mycket väsentlig och ofta försummad del i behandlingen av såväl vuxen som juvenil diabetes. Sådan undervisning bör omfatta insulinbehandling, kostreglering, komplikationsprofylax, kännedom om sjukdomens förlopp och olika symtom med mera.

Undervisningen sker bäst i grupp med läkare, dietist och sjuksköterskor som lärare. Vid vissa av landets barnkliniker med diabetes som specialintresse förekommer sådan gruppundervisning regelbundet. Det skulle innebära en förbättring av diabetesvården, om alla juvenila diabetespatienter fick tillfälle delta häri. En lämplig åtgärd vore att vederbörande lasarettsläkare erhöill rättighet att remittera diabetespatienten till kliniker, där undervisning förekommer, förslagsvis under det första sjukdomsåret samt därefter vart femte år. Antalet juvenila diabetespatienter på de pediatrika lasarettssavdelningarna är nämligen som regel icke så stort att sådan patientundervisning kan arrangeras på varje särskild klinik. I samband med att patienten sålunda remitteras till specialklinik för juvenil diabetes skulle dessutom dels den av många efterlysta centrala registreringen av diabetesfallen möjliggöras, dels även allmänna hälsokontroller av patienterna kunna äga rum med särskild hänsyn till

behandlingsresultat och eventuella kärleksjukdomar.

En viktig del i behandlingen av juvenila diabetespatienter är deras sociala anpassning. Att denna ofta icke är tillfredsställande har nyligen påvisats av bland andra Brandberg och medarbetare i *Socialmedicinsk Tidskrift*, 40:1963:14. En i god tid påbörjad yrkesvägledning och yrkesutbildning skulle kunna förbättra situationen. Det är en allmän erfarenhet, att den rutinmässiga yrkesvägledning som såväl de diabetiska ungdomarna som deras friska kamrater erhåller i skolorna är otillräcklig. Yrkesrådgivningen måste i deras fall ges en mycket mera individuell prägel än för ungdomar i allmänhet. Ur både somatisk och mental synpunkt är det här mer än annars nödvändigt att individen hamnar på rätt plats i livet. Olika testningsformer är därför nödvändiga, bland annat anlagsprovningar av den typ som utarbetats vid psykotekniska institutet vid Stockholms Universitet. Härvid erhålles en relativt tillfredsställande bild av den undersöktes personlighetstyp och begåvningsstruktur som kan tjäna som ett underlag för yrkesrådgivningen, varigenom diabetespatientens samhällsanpassning avsevärt underlättas. Det är därför ett önskemål att juvenila diabetespatienter kan remitteras till sådan undersökning på det allmännas bekostnad, då dessa testningar för närvarande är allt för kostnadskrävande för den enskilde patienten.

Tillgång till kostkonsulent (så kallad dietist) måste bedömas vara av hög angelägenhetsgrad då det gäller barnklinikerna.

Man har mer och mer börjat inse värdet av motion och idrott som ett led i behandlingen av juvenil diabetes och en utbyggnad av redan förefintlig barnkoloniverksamhet synes angelägen. Såvitt utredaren har sig bekant planerar Stockholms Stads skoldirektion en välbehövlig upprustning av barnkolonien för diabetiska skolbarn på Barnens Ö och det är att hoppas att medel skall kunna ställas till förfogande för att förverkliga dessa och liknande planer.

Svenska Diabetesförbundet har tagit ett värdefullt initiativ genom att anordna sommarkolo-

niverksamhet för diabetiska barn och ungdomar. Sådan verksamhet ställer sig betydligt dyrare än motsvarande verksamhet vid sommarkolonier för icke-diabetiska barn, bland annat genom kostnaderna för diet, läkare, sjuksköterskor med mera. Till driften utgår nu ett statsbidrag av 2 kronor per dag och barn, vilket måste sägas vara helt otillräckligt. Efter fyllda 13 år får barnen icke längre tas emot på koloni med statsbidrag. Det är utredaren obekant vilken tanke som lett till uppställandet av 13 år som åldersgräns. Åldersgruppen 14—18 år måste också vara mycket behjärtansvärd. Det är ofta en svår period i en diabetikers liv och en vistelse på sommarkoloni just i de åren med dess möjligheter till övervakning, gruppundervisning, motionsgymnastik, idrott och i anknytning härtill sysselsättningsterapi, kan väntas ge utomordentliga resultat.

Det synes utredaren angeläget att vården av de juvenila diabetikerna visserligen i första hand skall åvila lasarettens barnavdelningar men med möjlighet och skyldighet att hänvisa vissa fall till sådana barnkliniker, där diabetessjukdomen ägnas speciell uppmärksamhet. Om endokrinologiska eller metaboliska specialavdelningar i en framtid skapas vid regionsjukhusen är det viktigt, att behovet av pediatrik sakkunskap tillgodoses för att dessa enheter skall kunna fylla en uppgift även inom ramen för juvenil diabetes.

Till frågan om skolmåltider för diabetiker skall utredaren återkomma längre fram.

Den öppna diabetesvården

Den öppna vården av diabetiker är till stor del knuten till sjukhusens öppna mottagningar. Enkäten till landets sjukhuschefer visar, att den öppna diabetesvården handhas enbart av överläkaren vid 51 av de tillfrågade 117 invärtesmedicinska klinikerna. Vid 38 kliniker handläggs diabetesfallen i öppen vård av såväl överläkare som underläkare. Vid vissa av de större sjukhusen finnas särskilda polikliniker eller dispensärer för sockersjuka. Vid 66 invärtesmedicinska kliniker anges diabetikernas årliga återbesöksfrekvens till i medeltal 4—6.

Den öppna vården vid de 40 barnklinikerna

handhas av överläkaren i 31 fall och av underläkare och överläkare i 6 fall. Vid en barnklinik deltog endast underläkaren i den öppna diabetesvården. Den genomsnittliga årliga återbesöksfrekvensen var 4—6 eller fler vid 34 av de 40 barnklinikerna.

Vid de 24 odelade lasaretten sköttes den öppna vården av överläkaren i 6 fall och av överläkare och underläkare i 17 fall. Vid 20 odelade lasarett angavs den årliga genomsnittliga återbesöksfrekvensen av diabetiker till 4—6.

Vid sjukstugor handläggs den öppna vården av sjukstugeläkaren som oftast är ensam läkare. Vid 45 av tillfrågade 68 sjukstugor låg den årliga genomsnittliga återbesöksfrekvensen vid 4—6.

Sammanfattningsvis har enkäten avseende den öppna diabetesvården vid våra sjukhus visat, att denna som regel är ganska väl tillgodosedd. Detta gäller såväl kravet på att äldre, mera erfarna läkare deltar i den öppna vården som att läkarkontrollerna sker med icke alltför långa intervaller. Enkäten har icke givit stöd för Svenska Diabetesförbundets i skrivelsen till Medicinalstyrelsen framförda åsikt, att "läkarkontrollen för närvarande sker kanske en eller två gånger om året". Medicinalstyrelsen håller med diabetesförbundet om, att täta läkarbyten på ett lasarett kan innebära viss olägenhet för kroniskt sjuka. En avvägning måste emellertid ske för att inte utbildningen av läkarna i underordnad ställning skall äventyras. Skulle man tillgodose diabetesförbundets önskemål, att "enbart äldre invärtes läkare" sköter den öppna diabetesvården, skulle en sådan åtgärd på lång sikt bli till nackdel för läkarutbildningen och därigenom även i sista hand för diabetikerna själva. Läkarnas möjlighet att samla kunskap och erfarenhet skulle äventyras. Den avvägning som nu sker på flertalet sjukhus därigenom att samtliga kategorier läkare deltar i den öppna diabetesvården men efter de medicinska behandlingsprinciper som anges av överläkaren och i samarbete med denne måste på de flesta håll sägas vara till fördel för diabetesvården. Detta system måste vara det fördelaktigaste då det gäller sjukhus av format intill storsjukhusens.

Vid storsjukhusen blir någon form av poliklinik eller dispensär för sockersjuka ofta nödvändig. Sådana har också på många håll upprättats. Det är viktigt att den öppna diabetesvården i form av poliklinisk verksamhet bedrivs i intimt samarbete med den slutna. Utredaren har erfarenhet av ett sådant arrangemang från Södersjukhuset, där det visserligen ännu icke fungerar i full utsträckning och endast varit i bruk under 5 månader men där resultaten redan nu kan bedömas som gynnsamma. På Södersjukhuset bildar en öppen, en i form av dagvårdsavdelning halvöppen och en slutna vårdform av diabetes en enhet under ett och samma chefskap. Fördelarna av ett sådant arrangemang är stora och uppenbara. Kontinuiteten och enhetligheten i behandlingen säkras, verksamheten vid dagvårdsavdelningen avlastar såväl polikliniken som den slutna vårdavdelningen. Insulin och diet kan på en dagvårdsavdelning bättre ställas in i samklang med patientens livsrytm utanför sjukhuset, gruppundervisning av patienterna kan ske, onödigt långa väntetider elimineras med mera. Professor J. Waldenström har föreslagit någon form av ambulatorium eller dispensär för sockersjuka till vilken sjuksköterskor för hembesök knytes. Idén förefaller god och ett sådant arrangemang skulle än mer tjäna som en brygga mellan den öppna och slutna vården av sockersjuka.

Utredaren är medveten om att den ganska fräna kritik som från diabetikers och deras organisationers sida riktats mot den öppna vården främst avser dess organisation i våra större städer. För Stockholms del vill utredaren gärna hålla med om att denna kritik i väsentliga avseenden varit berättigad. Stockholms Stad har länge eftersatt den öppna diabetesvården. Vare sig vid Södersjukhuset intill november 1962 eller vid S:t Görans sjukhus än i denna dag kan den öppna vården av diabetiker sägas vara tillfredsställande. Huvudmannen för sjukvården i Stockholm har nu framlagt planer i syfte att intensifiera och förbättra den öppna diabetesvården även vid andra sjukhus i staden.

En ny giv för att ge diabetiker ökade möjligheter till läkarvård och fritt val av invärtesspecial-

list utanför sjukhusens ram har redan skett genom upprättandet av de så kallade läkarhusen, varav i Stockholms förorter redan ett flertal tagits i bruk. Här bjuds diabetikern god öppen vård.

Den öppna diabetesvården inom ramen för tjänsteläkarnas och de privatpraktiserande läkarnas verksamhet försvåras främst genom dessas stora arbetsbörda och brist på enkla metoder att bestämma blodsockret. Många läkare med enskild praktik skulle eljest kunna behandla fall av lindrig åldersdiabetes och även andra kategorier av diabetiker utan att vara specialister i invärtesmedicin. En förutsättning är då att blodsockerstämning kan göras. Sådan behöver dock ingalunda ske vid varje återbesök.

Det är visserligen i och för sig önskvärt, att den öppna diabetesvården i stor utsträckning förläggs till öppen sjukhusmottagning, poliklinik eller dispensär för sockersjuka, poliklinik för invärtesmedicin samt läkarvårdscentraler men det kommer alltid att finnas diabetiker som bekvämast och bäst får sitt behov av öppen vård tillgodosett genom provinsialläkare eller praktiserande läkare. Detta gäller framför allt i Norrland där avstånden fortfarande är stora.

Allmänna synpunkter på sjukhuskosten för diabetiker

Vi är nu ganska överens om hur en bra diabeteskost skall vara sammansatt. Det är viktigt att diabeteskosten på sjukhus göres god och omväxlande. Den skiljer sig från flertalet andra sjukhuskosterna däriigenom, att det inte är fråga om en kost som skall följas under en längre eller kortare sjukdomsperiod utan en kost som skall följas livet ut. Det betyder mycket för behandlingen på lång sikt att ett positivt intresse för kostfrågan grundlägges redan på sjukhuset. Den fortsatta behandlingen äventyras däremot lätt, om diabetikern från början fattar motvilja mot diabeteskosten därför att han inte tycker om den mat han får på sjukhuset. Det lönar sig därför att lägga ned tid, pengar och intresse på sjukhusens diabeteskost.

Man kommer ofta till rätta med två sjukhus-

koster för diabetikern, en ordinär, avsedd för normalviktiga, och en knapp avsedd för överviktiga. Dessa koster är att uppfatta som grundkost. Det är sällan nödvändigt att under sjukhusvistelsen variera mängderna av kött, fisk, matfett eller ost. Man styr med bröd, potatis, gröt, där så förekommer, mjölk och frukt och lägger så ut den rätta kursen i vart individuellt fall.

Måltidsschemat på många sjukhus är illa anpassat för diabetiker och orsaken härtil är ofta av rent köksadministrativ art. Frukostmålet är ofta onödigt kaloririkt och bygger framför allt på "snabba" kolhydrater, som till exempel gröt, mjölk och smörgås. Blodsockerstegringen efter en sålunda sammansatt måltid blir ofta avsevärd och svårbemästrad, vilket är så mycket olyckligare som man ofta ger ett långsamverkande insulin på morgonen. Frukosten blir ett ömtåligt mål, ofta otillräckligt insulinskyddat, även om man kombinerar det långsamverkande insulinet med snabbinsulin. En lätt frukost, bestående av smörgås med pålägg, ett ägg och en kopp kaffe, är i allmänhet fullt tillräcklig för den icke tungt kroppsarbetande diabetikern. Lunchmålet vid 12-tiden får alltför ofta karaktär av middagsmål med två rätter mat. Det blir också onödigt kraftigt. Insulinskyddet har ännu icke nått sitt maximum och det blir för kort uppehåll mellan frukost och lunch, åtminstone i de fall där frukostmålet varit rejält. En lunch, bestående av smörgås, en assiett kallskuret, varmrätt, eventuellt ett glas skummjölk samt kaffe är att föredra. I gengäld blir middagsmålet vid 17-tiden ofta för lätt. Här bör ges två rätter mat. Allra mest betänkligt är dock att kvällsmålet ofta helt lyser med sin frånvaro. Köket har nu slutat sin verksamhet för dagen. Det för med sig två olägenheter. För det första har det uppbyggda insulinskyddet ofta sin maximala verkan sent på eftermiddagen eller kvällen, och serveras då inget kvällsmål ökar risken för insulinkänningar. För det andra blir intervallet mellan middagsmålet kl. 17 och frukostmålet följande dag så långt, att patienten då kräver en kraftig frukost. Detta passar i regel inte insulininställningen och det hela blir skevt.

Diabetikern skall ha ett kvällsmål, gärna en gammaldags kvällsvard med lagad mat, åtminstone en bricka kallskuret eller i nödfall frukt. Nu tycker emellertid många diabetiker inte om frukt, särskilt inte som sista mål för dagen. Frukt är dessutom bra att ta till under dagen som mellanmål.

Det är glädjande att sjukhuskosten nu ställts under livlig debatt och att man på sjukhushåll börjar förstå värdet av ett kvällsmål. På många sjukhus har man redan infört ett sådant. Det är väl förmodligen TV som åstadkommit detta och därmed även någonting bra för diabetikerna på våra sjukhus.

Djupfrys dietmat

Dietkosten vid olika slag av storhushåll och icke minst sjukhus eller vårdinrättningar av annat slag utgör ett problem, som ännu icke fått en tillfredsställande lösning. Frånsett att dietkosten blir dyr att tillaga ställer den också stora anspråk på kökspersonalen, och det blir allt svårare att erhålla kvalificerad personal till köken. I alldeles särskilt hög grad gäller detta de mindre sjukhusköken eller motsvarande, där sällan tillräcklig hänsyn kan tas till behovet av dietmat.

1958 tog Landstingens inköpscentral (LIC) upp denna fråga och tillsatte en livsmedelsdelegation i avsikt att undersöka möjligheterna att framställa industriellt färdiglagad och djupfrys dietkost i enportionsfolie. Delegationen började med att sammanställa lämpliga dieträtter som fyllde medicinska, smak- och utseendekrav samtidigt som de lämpade sig för djupfrysning. På basis härav skedde sedan provtillverkning av rätterna vid Karolinska sjukhuset. Delegationen begränsade sin uppgift till 3 av de vanligast förekommande dietkosterna, nämligen diabeteskost, ulcuskost och passerad kost. Ett sortiment av 56 olika djupfrysta dieträtter har framställts. Det innebär för diabeteskosten en 14-dagars matse del. Portionskosten finns i två storlekar. Bakteriologisk undersökning samt praktiska prov i stor skala har utförts.

Den djupfrysta dietmaten har provats vid ett flertal sjukhus och på det hela taget mottagits väl.

På Västerås och Enköpings lasarett var det sålunda endast 27 av 458 patienter, vilka uttalade sig negativt när det gällde smaken. Normer för råvarukvalitet, emballering, bakteriologiska krav, lagring och distribution har uppsatts. Problemet med uppvärmningstekniken har beaktats och Elektroheliös' uppvärmningsugnar enligt principen cirkulerande luft har visat sig ändamålsenliga.

Livsmedelsdelegationens utredningsarbete var i huvudsak avslutat 1960, då ärendet överfördes till inköpscentralens handelsavdelning och maträtterna tillverkas nu på beställning av AB Findus i Hälsingborg.

Livsmedelsdelegationen har sålunda anvisat en framkomlig väg för dietfrågans lösning. Ännu återstår dock mycket att göra och medicinalstyrelsen torde sakna anledning att åtminstone tills vidare ta några egna initiativ för att påskynda lösandet av de problem som nu ter sig mest angelägna, nämligen distributionen och upplagringen av den färdigberedda dietmaten. Det måste vara LIC:s sak att ta initiativ i denna fråga och det bör ske snabbt. Findus tillverkar nu djupfrys dietmat men endast på beställning och i stor skala och skall dessa dietportioner kunna komma till användning på små sjukvårdsenheter och vårdenheter av annat slag, som till exempel på ålderdomshem, vårdhem, fängelser med mera, måste ett nät av lagringscentraler utbyggas varifrån även mindre beställningar kan effektueras.

Angeläget är också att snarast få ut dessa dieträtter i detaljhandeln; det skulle underlätta för många hushåll där det finns en eller flera diabetiker bland familjemedlemmarna.

Skolmåltider för diabetiker

Skolmåltidsverksamheten, i den form vi känner den i dag, är endast 15 år gammal. Kommunerna är icke skyldiga att anordna skolmåltider men så har skett i praktiskt taget alla kommuner. I anvisningarna för erhållande av statsbidrag talas om tre typer av måltider men den vanligaste är A-måltiden, som består av smörgås och mjölk samt en varmrätt. Skolöverstyrelsen har i samråd med medicinalstyrelsen och Statens in-

stitut för folkhälsan utgivit anvisningar om kosthåll. Däri anges bland annat, att starkt sockerhaltiga födoämnen skall undvikas och att osötat bröd bör användas. Grönsaker och frukt bör helst dagligen förekomma i någon form. Genom måltiden bör tillföras halva dagsbehovet äggvita, kalk, fosfor och vitaminer liksom också en tredjedel av elevernas dagliga kaloribehov. Någon mer invecklad dietmat kan icke förekomma men hänsyn bör tas i förekommande fall och det rekommenderas att använda restmat eller improvisera äggrätter. Statsbidrag utbetalas i proportion till kommunernas skatteunderlag. Enligt uppgift från skolöverstyrelsen var matkostnaderna för år 1961/62 62,4 öre och personalkostnaderna 50,1 öre.

Det har länge rätt stort bekymmer och missnöje med diabetikernas begränsade och ofta obefintliga möjligheter att få lämplig mat på skolmåltiderna. Bekymret har varit lika stort på föräldrahåll som läkarhåll. Enkäten till landets överläkare gav klart belägg på den punkten. Ordföranden i Svenska Lasarettsläkareföreningen, medicine doktor Johan Rudebeck, skriver på tal härom: "Skolmåltiderna är en oändlig bedrövelse. I vissa skolor försöker man hjälpa till nödtorftigt men i allmänhet törs man helt enkelt inte lägga någon extra börda på personalen som är anställd på minsta möjliga antal timmar och inte tycker sig hinna laga avvikande mat. I en sådan här stad (det gäller Örnsköldsvik) är antalet resande elever mycket stort i läroverket, över hälften av hela antalet och de kan knappast få annan lunch än skolans. Här är en uppgift för skolöverläkaren i samband med pediatriker och internister landet runt. Denna uppgift kunde för övrigt utsträckas till skolmaten över huvud taget, den är inte just någon hälsokost och den ger förvisso ingen uppfostran till sundare kostvanor efter modernare principer".

Utredaren delar i allt ovan framförda synpunkter och har under 1962 varit i kontakt med Skolöverstyrelsen. Besök har därjämte avlagts vid ett flertal skolor i Stockholm. Det är utredarens bestämda mening att mycket skulle med små medel och litet god vilja kunna göras för att för-

bättra diabetikernas kosthåll vid skolmåltiderna. Det är först och främst att märka att det gäller en relativt liten grupp människor. Enligt uppgift skulle det röra sig om ungefär 1.500 diabetiker i skolåldern i hela landet, varav ungefär 300 i Storstockholm.

Den ekonomiska sidan av saken har säkerligen sin dryga del i ansvaret för det nuvarande läget. Skolmåltiderna anlitas av flertalet elever. Inom den obligatoriska skolan var antalet deltagare under läsåret 1959—60 680.000 eller 81 % av samtliga elever i denna skolform. På 15 år har antalet deltagare nära nog niodubblats och i Nord- och Mellansverige är verksamheten i det närmaste 100 %-igt genomförd. Deltagarantalet vid de högre skolorna var samma tid 120.000. Totalt är det alltså omkring 800.000 elever, som äter skolmåltider varje skoldag under läsåret. Kommunernas kostnader för anordnande av skolmåltider blir sålunda mycket stora. Även om man tar hänsyn till statsbidraget, måste frestelsen för vissa kommuner, åtminstone för penningknappa kommuner, bli stor att nedbringa kostnaderna för skolmåltiderna på kvalitetens bekostnad. Det är ganska klart att man inte kan tillaga en bra diabetesmåltid för kronor 1:25. Extra anslag till dietändamål har hittills icke utgått.

Följande önskemål skulle utredaren vilja framföra:

1. Genomför en allmän standardförbättring av skolmåltiderna. Den kost som nu serveras där har alltför stora likheter med den ohygieniskt sammansatta vardagskost, som tyvärr alltför ofta serveras i många hem. Skolans uppgift är att fostra och den får då heller icke glömma att praktiskt demonstrera hur en bra vardagskost bör vara sammansatt. Ge alla skolbarn en sådan, då blir genast problemet för diabetikernas del mindre brännande. Det är inte svårt att med små medel inpassa diabetikerna i ett förnuftigt kosthåll. Utredaren vill i detta sammanhang erinra om doktor Sterky's undersökning om kostens sammansättning vid våra skolmåltider. Sterky fann att kosten ofta innehöll för mycket fett. Den var ej heller tillfredsställande avseende halten av C-vitamin och järn. Det kan därför ifrågasättas

om skolöverstyrelsens direktiv om kostens sammansättning alltid uppfylles. Det är förvånande att kostanalyser icke utföres i större utsträckning än vad som skett.

2. Extra anslag bör utgå till diabetikernas skolmåltider. Skolöverstyrelsen upptog i sin år 1962 avlämnade petita ett statsbidrag å kronor 1:25 per utspisad måltid för diabetiker. Denna begäran motiverades i en bifogad skrivelse. I propositionen har emellertid något anslag icke upptagits. Chefen för Ecklesiastikdepartementet motiverar sin avstyrkan på följande sätt: "Det bör i första hand ankomma på de kommunala skolmyndigheterna att tillse att de diabetessjuka barnens särskilda problem i samband med skolmåltider bli beaktade".

Emot denna departementschefens åsikt vill utredaren som sin framhålla, att ett statsbidrag bör utgå till skolmåltider för diabetiker. Kommunerne är icke skyldiga att anordna skolmåltider och det torde under sådana förhållanden bli svårt att ålägga dem extra kostnader för dietmat till diabetiker. Krav på likformighet i dieten tillgodoses bäst genom statsbidrag. Skolöverstyrelsens befogenheter att ställa krav på och övervaka dietkostens sammansättning blir större, om anslaget utgår i form av statsbidrag än om det utgår som ett kommunalt bidrag.

3. Dietfrågan bör beaktas vid alla nybyggen av skolor. Utrymmen och utrustning för dietmatlagning bör planeras liksom också plats för frysbboxar och upptiningsugnar. Enligt vad utredaren inhämtat från skolöverstyrelsen lär så redan ske i viss utsträckning.

4. Vid olämplig huvudrätt, som till exempel mjöl-, gryn- eller puddingmat, bör ett alternativ finnas för diabetikern. Det skulle redan nu med litet god vilja kunna arrangeras och så har också på enstaka håll skett. Diabetikern vet själv hur mycket av bröd, potatis och mjölk han får förbruka. Det är dock önskvärt att en viss övervakning sker genom skolsköterskan, som också bör hålla kontakt med hemmet. Skummjölk bör finnas som ett alternativ; det är också lämpligt för alla överviktiga skolbarn. Skolläkaren, eller i hans ställe skolsköterskan, bör granska veckomat-

sedlarna och pricka av de huvudrätter som kan tillåtas respektive ange de fall där ett alternativ behöver ifrågakomma. Genom överläkarens vid Skolöverstyrelsen försorg bör anvisningar lämnas om lämpliga och olämpliga rätter.

5. Det är önskvärt att den annonserade veckomatsedeln också följs. Detta är viktigt så att inte barnen får samma maträtt i skolan och i hemmet. Härvidlag brister det ofta, något som utredaren själv kunde konstatera vid skolbesök.

6. Skolsköterskan bör oftare än vad nu sker närvara vid skolmåltiderna. Hon fyller där en viktig uppgift och skall även i övrigt vara en kontaktlänk mellan barnet, hemmet, läraren, läkaren och bespisingsspersonalen.

7. Det är viktigt att man i görligaste mån vinnlägger sig om regelbundna måltider. På den punkten brister det ofta, särskilt i nybörjarklasserna. En insulininställning kan helt äventyras om barnet äter sin lunch vid olika tider. Insulinattacker och dåligt inställd diabetes kan bli följden av oregelbundna måltider.

8. Det är viktigt att skolöverstyrelsens uppmaning efterföljs om frukt eller grönsaker dagligen. Så sker icke alltid, vilket undersökaren varit i tillfälle att konstatera. Det är inte förvånande om man tar hänsyn till matanslagets storlek.

9. När man vet att kostnaderna för en skolmåltid växlar avsevärt i olika kommuner, enligt uppgift mellan kronor 0,43 och 1,51 per mål (utredning publicerad i Husmodersförbundets tidskrift), har man all anledning tro att standarden icke alltid kan vara fullgod eller ens acceptabel. Ett middagsmål på ett sjukhus, som till sin typsammansättning ganska väl svarar mot en skolmåltid, kostar ungefär kronor 2:50 om man förutom råvarukostnaderna även inkluderar kökets personalkostnader. Enbart råvarupriset för den militära kosten uppgår f. n. till kronor 3:40 per dag. Cirka 40 % av denna dagskostnad kommer på lunchmålet, som till sin sammansättning ganska väl motsvarar en skolmåltid. Diskrepansen mellan råvarukostnaden för det militära lunchmålet, kronor 1:40, och en skolmåltid, kronor 0:62, synes utredaren anmärkningsvärd. Uppbördsverkets experter i Stockholm anser att för-

månen av fri lunch bör upptas till ett belopp av kronor 2:60 per måltid. Sett även mot denna bakgrund har man skäl ifrågasätta om en fullvärdig måltid för en matfrisk tonåring verkligen kan beredas till uppgiven kostnad.

10. Det är angeläget att stickprov göres då och då och att därvid en aktuell måltids sammansättning avseende kolhydrat, äggvita, fett, kalk, järn, vitaminer etc. analyseras.

Kostkonsulenter, s. k. dietister

Vid många sjukhus utomlands har så kallade dietister varit anställda med uppgift att fungera som en länk mellan köket och patienten, övervaka patienternas dietkostnader och utspisning, undervisa dem i frågor rörande deras diet under sjukhusvistelsen och inte minst vid utskrivningen från sjukhusen. Då diabetikerna av läkaren fått sin dietlista kan dietisten på ett bättre sätt än läkaren översätta denna till "klartext". Utredaren hade tillfälle att under en studieresa i USA 1954 följa dietistens arbete vid olika sjukhus och kan vitsorda att detta arbete var högt skattat av såväl patienter som sjukhusledning. Denna verksamhet har sålunda länge pågått i Staterna.

I ett begärt yttrande framför Svenska Ekonomiföreståndarinnors Förening följande synpunkter:

"Under senare år har ett allt större intresse kunnat konstateras för inrättande av så kallade dietisttjänster. De stora kostnader, som patientkosten uppgår till, gör det angeläget, att ekonomiföreståndarnas erfarenheter i kostfrågor samordnas med läkarnas och sjuksköterskornas. Det är därför nödvändigt, att en helt ny typ av tjänster inrättas, vilkas uppgifter huvudsakligen skulle vara att åstadkomma en bättre samverkan mellan köksinrättningar, läkare och sjuksköterskor. Detta gäller alla kostfrågor och såväl dietkost som allmänskoster.

Erfarenheterna från utlandet, exempelvis USA är synnerligen positiva i fråga om dietisternas arbetsresultat. En tidig verksamhet här i vårt land bör dock självfallet planeras efter våra förhållanden. Viss erfarenhet står att vinna för dylik verksamhet här i Sverige. Så har exempelvis

både vid Karolinska sjukhuset och Falu lasarett sedan en tid försöksverksamhet av detta slag bedrivits.

Vad tjänstebenenämningen beträffar låter enligt SEF:s uppfattning namnet dietist väl främmande för svenskt språkbruk, och föreningen föreslår därför benämningen kostkonsulent.

Beträffande arbetsuppgifterna anser föreningen, att kostkonsulenten bör ha en konsultativ verksamhet med särskild inriktning på rådgivning till patienterna i kostfrågor. Hon bör vidare vara kontaktman mellan köksavdelning å ena sidan och läkare—sjuksköterskor å den andra och bör därjämte vara rådgivande i kostfrågor såväl till läkare som sjuksköterskor. Den hittillsvarande erfarenheten av kostkonsulenternas verksamhet tyder bland annat på, att vederbörande har möjlighet att genom samordning av de olika dietkosterna förenkla arbetet i dietköket och därmed förbilliga mathållningen.

Enligt SEF:s uppfattning bör kostkonsulenten vara knuten till köksorganisationen och underställd den förste köksföreståndaren.

Grundutbildning för en kostkonsulent bör — liksom i USA — vara ekonomiföreståndarexamen. I vad mån ytterligare utbildning krävs är för närvarande svårt att uttala sig om. Anspråken torde komma att variera, även med hänsyn till sjukvårdsinrättningarnas storlek. För de kostkonsulenter som kommer att engageras vid våra universitetskliniker, där näringsforskning bedrivs, kan krav på viss utbyggnad komma att ställas, till exempel i form av laboratorieutbildning och utökade kunskaper i näringslära och biokemi. Utbildningsfrågan torde lättare kunna bedömas sedan erfarenhet vunnits av den nya omlagda ekonomiföreståndarutbildningen. Därest den planerade Nordiska Hushållshögskolan kommer tillstånd, torde möjlighet givas till utbildning i näringslära på akademisk nivå".

Så långt Svenska Ekonomiföreståndarinnors Förening. Till detta vill utredaren knyta an några sammanfattande reflexioner. Det synes vara hög tid att kostkonsulenter knytas åtminstone till de större sjukhusen. Enkäten till våra sjukhuschefer gav klart belägg på den punkten. Många

efterlyste med skärpa en sådan förstärkning av sjukhusens resurser. På sätt och vis finns ju redan yrkeskåren representerad i våra högt kvalificerade ekonomiföreståndarinnor. Den amerikanska dietisten motsvarar i fråga om utbildning och även i andra avseenden i viss mån vår ekonomiföreståndarinna. Medan den sistnämnda i huvudsak har en administrativ uppgift sig anförtrodd, nämligen chefskapet för sjukhusköket, har hennes amerikanska kollega därjämte en rad skiftande arbetsuppgifter av delvis terapeutiskt och pedagogiskt slag. Redan nu borde vid de större sjukhusen kunna inrättas tjänster för kostkonsulenter. En viktig förutsättning härför är dock att utbildningskapaciteten vid våra seminarier och utbildningsanstalter för ekonomiföreståndarinnor ökas. En sådan utbyggnad bör kunna ske successivt och behöver icke hindra igångsättandet av en försöksverksamhet vid sjukhus i begränsad omfattning.

Redan nu, från och med hösten 1961, har utbildningen effektiviserats därigenom att den utökats från en ettårig till en tvåårig kurs vid seminarierna. Realexamen, normalskolekompetens eller liknande jämte praktisk förpraktik erfordras. Utbildningsanstalter finns i Stockholm, Uppsala och Ljungkile.

Genom en försöksverksamhet i begränsad omfattning bör man på ganska kort tid vinna tillräckliga praktiska erfarenheter för en eventuell omläggning av kursplanerna. Då blir också tiden mogen att ta ställning till en eventuell utdifferentiering av utbildningen efter två linjer, en för utbildning av ekonomiföreståndarinnor och en för utbildning av kostkonsulenter.

Överstyrelsen för Yrkesutbildning planerar en överläggning rörande utbildning av kostkonsulenter. Utredaren föreslår att medicinalstyrelsen därefter sammankallar intresserade parter till en konferens i denna fråga.

Kostbidrag vid diabetes

Utredaren är medveten om att åsikterna i denna fråga går isär. Man kan ha olika uppfattning om det berättigade i att vissa sjukdomar favoriseras av samhället framför andra. Kostna-

derna för medicin, diet och även andra åtgärder, som alla har det gemensamt att vara viktiga led i en sjukdomsbehandling, kan bli stora nog för den enskilde som drabbats av sjukdom. Det är förstäeligt, att den sjuke ofta finner det orättvist att vissa grupper sjuka erhåller ekonomiska fördelar från samhällets sida, motiverade bland annat med dessa sjukdomars stora spridning och kroniska karaktär, medan andra grupper blir ställda åt sidan. En kroniskt sjuk astmapatient, för att nu ta ett exempel, får betala dryga kostnader för en långtidsbehandling med corticosteroider och antibiotica medan en diabetiker eller hjärtsjuk får vissa av sina mediciner kostnadsfritt. I fråga om kostbidrag anser en del att sådant bör utgå till alla diabetiker oavsett inkomst, eftersom diet är en lika viktig sjukdomsbehandling åtgärd vid diabetes som insulin eller blodsockersänkande tabletter som ju erhålls kostnadsfritt och utan behovsprövning.

Diabeteskosten blir avsevärt dyrare än en vanlig husmanskost så som denna tillredes i flertalet svenska hem med tyngdpunkten förlagd till prisbilliga gryn- och mjölrätter. Enbart råvarorna till en ordinär diabeteskost på våra sjukhus betingar ett pris av ungefär 4 kronor per dag. Priset i detaljhandeln blir avsevärt högre. Utredaren finner det därför skäligt att ett kostbidrag lämnas behövande diabetiker. Så sker också redan nu fast efter ganska oenhetliga bedömningsgrunder. I de större städerna uppgår kostbidraget till kronor 65:— per månad och utgår till folkpensionärer och vissa andra kategorier sockersjuka, varvid gängse socialhjälpnormer följas.

Utredaren finner principen om behovsprövning berättigad men anser att kostbidraget även bör utgå till andra kategorier sockersjuka med låg inkomst. Det är också önskvärt att enhetliga grunder för behovsprövningen så vitt möjligt tillämpas. Utredaren saknar kompetens att föreslå vid vilken inkomstgräns ett kostbidrag bör utgå men anser att denna bör ligga ganska högt. Vid fastställande av inkomstgräns måste hänsyn bland annat tas till dyrtorsgruppering och gruppering i ensamstående och familjeförsörjare. Utredaren föreslår att den ekonomiska utredningen

i första hand hänskjutes till Svenska Socialvårdsförbundet för framläggande av förslag. En fullvärdig kost är en dyr kost och det nuvarande beloppet av kronor 65:— per månad synes skäligt. För icke bidragsberättigade anser utredaren att ett belopp, motsvarande kostbidragets storlek, bör vara i skattehänseende avdragsgillt.

Utredaren anser visserligen att principen om behovsprövning är riktig, men en sådan kan tänkas bli för samhället så personalkrävande och kostsam att ett icke behovsprövat kosttillägg vore att föredraga.

Undervisning i diabetes

För blivande läkare

Av enkätsvaren framgår att den katedrala undervisningen i diabetes i allmänhet omfattar 6 till 8 föreläsningstimmar per medicinkurs. Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala meddelas katedral undervisning i ämnet under minst 1—2 av den grundläggande medicinkursens 19 veckor. Därjämte meddelas undervisning i anslutning till inneliggande eller polikliniska fall. Diabetesbehandling tas ofta upp vid polikliniska föreläsningar samt de terapikonferenser, där medicine kandidater deltar.

Patienttillgången är på de flesta håll fullt tillräcklig för undervisningen och diabetes är ofta föremål för forskning och specialintresse vid undervisningsklinikerna. Det stora antalet kandidater i förhållande till antalet patienter och lärare är dock en olägenhet.

Sammanfattande torde om denna enkät kunna sägas att den icke påvisat några större brister då det gäller undervisning i diabetes för blivande läkare. Därmed är inte sagt att inte undervisningen skulle kunna bli både bättre och mer uttömmande om inte den nuvarande studieplanen vore så komprimerad för att så mycket som möjligt förkorta studietiden. Med hänsyn till storleken av ämnet invärtesmedicin torde dock den nuvarande avvägningen få anses skälig. Det är dock tydligt att de stora medicinarkurserna på sina håll försvårar en tillräckligt individuell och intensiv praktisk undervisning i ämnet.

För läkare, fortbildning

Det åligger först och främst läkarna själva att söka underhålla och fortbilda sina kunskaper. Den inhemska och utländska fackpressen ger möjlighet här till och det kan konstateras att intresset för diabetesfrågor där är mycket stort. Det avspeglar sig såväl i antal som kvalitet av arbeten rörande diabetes. En del av dessa är hållna i form av översiktsartiklar med stort didaktiskt värde. En rad förnämliga handböcker om diabetes utkommer med jämna mellanrum och i nya upplagor. I den mån tiden medger bör därför läkaren ha goda möjligheter att hålla sig à jour med vad som händer på diabetesområdet.

Värdefulla initiativ i form av fortbildningskurser för läkare har också tagits, dels i Medicinalstyrelsens regi och avseende främst tjänsteläkare, dels i privat regi. Sålunda har sedan några år tillbaka givits en årlig kurs i endokrinologi vid Karolinska sjukhuset med stor anslutning från icke minst sjukhusläkarnas sida. Vid dessa kurser har diabetes ägnats stor uppmärksamhet.

För blivande sjuksköterskor

Sjuksköterskans roll i diabetesvården är lika viktig som läkarens. Det gäller icke minst den slutna vården. Sjuksköterskan har här fått sig tilldelad en mängd uppgifter; bland annat skall hon övervaka att av läkaren givna ordinationer åtföljes, hon skall i frånvaro av dietist övervaka den sjukes kost och ansvara för utspisningen. Hon skall därjämte undervisa diabetikerna om insulinbehandlingens tekniska sidor, hur man själv ger sig insulin, hur man steriliserar och förvarar injektionssprutor och spetsar med mera. Hon skall vara väl förtrogen med olika facetter av sjukdomens kliniska bild, som till exempel hypoglykemiens och ketoacidosisens. Som konsult på ett större sjukhus kan utredaren vitsorda att diabetesvården på en icke-invärtesmedicinsk avdelning står och faller med avdelningssköterskans intresse för och kunnighet i diabetes. En distriktsköterska arbetar ganska självständigt och kan, om intresse och kunskaper finnas, betyda mycket för en god diabetesvård ute på fältet. Det är därför av stor betydelse, att undervisningen i diabetes för blivande sjuksköterskor blir väl tillgo-

dosedd. En stor nackdel är att en fast, kompetent lärarkår av läkare vid sjuksköterskeskolorna saknas vilket väl delvis sammanhänger med att det anses mera meriterande för en läkare att producera sig i skrift än att undervisa blivande sjuksköterskor. Genom ombyten på lärarposterna och lärarnas ovana vid och stundom bristande intresse för undervisning finnes risk att resultatet blir av ganska växlande kvalitet.

Utredaren saknar emellertid anledning att gå in på utbildningsfrågorna i detalj eftersom sjuksköterskeutbildningen nu är föremål för översyn. Det är därvid att hoppas att kursplaner och läroböcker blir föremål för en behövlig granskning. 1962 års utredning av sjuksköterskeutbildningen har sig dessa uppgifter anförtrodd.

För blivande barnmorskor

Barnmorskans utbildning är centraliserad till Stockholm och Göteborg. Utbildningen sammanfaller under första och andra läsåret med sjuksköterskans. Under denna tid får hon alltså samma grundläggande utbildning i diabetes som den blivande sjuksköterskan. Med tredje läsårets början skiljs vägarna och barnmorskan får nu femton månaders ytterligare utbildning inom sin blivande specialitet. Därunder behandlas diabetes vid graviditet såväl i form av katedral som bed-side-undervisning. Kursplanen är visserligen komprimerad men med hänsyn till att stort intresse ägnas problemet diabetes—graviditet vid bägge utbildningsanstalterna för barnmorskor, torde undervisningen bli ganska väl tillgodosedd. En betydande svårighet föreligger dock i att kunskaperna från första och andra läsåret är av växlande kvalitet, vilket försvårar uppläggningsen av den fortsatta utbildningen. Läroboken för barnmorskor synes utredaren vara i behov av omarbetning. Kapitlet om diabetes och graviditet är

alltför summariskt och omfattar endast en halv sida. Det är viktigt att barnmorskan erhåller en god utbildning eftersom hon ofta arbetar ganska självständigt, det gäller exempelvis barnmorskor på landet och även vid mödravårdscentralerna.

Diabetesforskning

En av Statens Medicinska Forskningsråd tillsatt subkommitté för diabetesforskning är sedan mars 1962 sysselsatt med en inventering av pågående forskning inom diabetesfältet. Kommittén har redan till Forskningsrådet inkommit med en preliminär rapport om sitt arbete och även framlagt en rad förslag och äskanden i avsikt att aktualisera en debatt i rådet. Svaren från 125 tillfrågade teoretiska institutioner, universitetskliniker och enskilda personer, som sökt anslag till diabetesforskning eller på annat sätt dokumenterat sitt intresse för sådan forskning, har bearbetats. Utan att föregripa resultaten av den pågående utredningen skall här endast nämnas att forskning på diabetesområdet i alltför stor utsträckning bedrivs som bisyssla i relativt begränsad omfattning och får ta tid i anspråk endast i den mån sådan blir över från övriga sysselsättningar. Stor klinisk arbetsbörda, undervisningsskyldighet och annat rutinarbete begränsar ofta i hög grad forskningsinsatsen. Trots detta är det en imponerande rad av problem inom ett påfallande brett forskningsområde som bearbetats utifrån vitt disparata utgångspunkter och med utnyttjande av olika tekniska framsteg inom skilda områden. Kommittén undersöker nu möjligheterna att organisera enheter för forskning på regionplanet, nya tjänster för diabetesforskning föreslås och det nuvarande anslaget till sådan forskning begäres bli avsevärt utökad. Detta och andra åtgärder bör bidra till en intensifierad och förbättrad forskningsinsats på området.

Forts. i nästa nr, sept.