

Svensk Förening för Pediatrisk Endokrinologi och Diabetes

Behandling av diabetes när resurserna är begränsade

ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022. Chapter 25.

Management of the child, adolescent and young adult with diabetes in limited resource settings.

Anju Virmani, Stuart J. Brink, Angela Middlehurst, Fauzia Mohsin, Franco Giraudo, Archana Sarda, Sana Ajmal, Julia E. Von Oettingen, Kuben Pillay, Supawadee Likitmaskul, Luis Eduardo Calliari, Maria E Craig.
www.ispad.org

För SFPED Annika Jansson och redaktionsgruppen

Kort sammanfattning av kapitlet i ISPAD guidelines

Diabetes är en resurskrävande sjukdom. Familjens kostnad för diabetesvård för ett enda barn kan överstiga den samlade inkomsten för en avsevärd andel av familjerna i många länder. Hur mycket resurser som krävs för att hantera en sjukdom kan avgöra familjens fortsatta väg framåt.

Både familjen och sjukvården tvingas till kompromisser. Det blir färre blodsockerkontroller, fasta dosregimer och mindre flexibilitet i valet av livsmedel. Kostsam diabetesteknik kan inte finansieras. Insulintillgången kan vara beroende av icke-statliga organisationer. Även i rika länder som har ojämlig tillgång till vård kan delar av befolkningen ha svårt att finansiera en god diabetesvård.

I förra upplagan av riktlinjerna från 2018 fanns ett kortare kapitel om "begränsad vård". Det nya kapitel 25 är skrivet av författare från alla världsdelar utom Europa och deras samlade erfarenhet är starkt närvarande i texten.

I Sverige kan vi läsa det här kapitlet i ödmjukhet. Det har ingen direkt bäring på vår vardag. Men ibland kommer vi att möta barn som har levt i årtal med diabetes när de flyttar till Sverige och möter vår ambitiösa och teknikintensiva sjukvård. Barnen kan vara kortare till växten och ha en senarelagd pubertet, eller ha manifesta senkomplikationer. Vi kan möta för oss främmande stigmatisering och

föreställningar knutna till sjukdomen. Det kan vara en utmaning för familjen att lära en ny diabetesvård när den tidigare trots allt fungerade nöjaktigt. Kanske blir det en utmaning även för oss om vi behöver anpassa våra rutiner och mål och ändå säkra barnets rätt till en god vård.

Kapitlet innehåller ganska offensiva råd för de kollegor som tvingas till svåra avväganden i låginkomstländer. För typ 1 diabetes finns tre olika ambitionsnivåer där den lägsta heter "minimum care". Ändå är det av betydelse att författarna förordar måltidsdoser för samtliga nivåer. De billigare insulinerna, NPH och Regular, kan väljas och det är billigare med sprutor än med pennor. Sprutorna kan användas flera gånger. Rekommendationen avråder alltså från tvådosregimer med mixinsuliner som ofta används.

Målområdet är HbA1c 53 mmol/mol, men blodsockermålet måste individualiseras. Ett blodsockermål på 4,4 eller 5,0 mmol/l, i stället för 4,0 mmol/l kan vara klokt när resurserna för testning är begränsade och hypoglykemier måste undvikas.

Kapitel 25 kan fungera som huvudtext där det är tillämpligt. Här finns avsnitt som egentligen har egna kapitel, som kost, skola, motion och ketoacidosis. Ett kort stycke om den ökande globala förekomsten av typ 2 diabetes finns med på slutet. Där beskrivs de genetiska skillnader i risk som finns för olika populationer och unga kvinnors höga risk för typ 2 diabetes i många länder.

Tillgången till god hälsovård är en av de starkaste globala ojämlikheterna. Samtidigt blir också kapitlet en påminnelse om hur mycket som förenar oss i arbetet med att ge patienter god vård trots våra väsensskilda villkor.