

2012

Sundhedsskadelig forsøgspraksis på diabetesområdet giver fejlbehandling og spiseforstyrrelser...

Kontrolbaserede behandlingskoncepter på diabetesområdet giver fejlbehandling og spiseforstyrrelser. Der har tillige aldrig været videnskabelig dokumentation og grundlag for at praktiserer dem...

Af Ulla Thorup Nielsen

PRAKSIS-design...

30-07-2012



Den diabetiske behandlerverden underkender i vid udstrækning den naturvidenskabelige og dermed behandlingsrelevante forståelse og behandling...

Diabetikere, der foretrækker den behandlingsrelevante måde at leve på – møder stor modstand og kommer under pres for at skulle deltage i de forsøgs- og kontrolbaserede behandlingskoncepter – selvom det både kan medføre fejlbehandling og spiseforstyrrelser – og begrænser mulighederne for at leve et aktivt liv...

Forord...

Indholdet er baseret på en kombination af egne personlige erfaringer, generel viden om diabetesområdet – og fagligt kendskab og erfaring med problemstillinger der vedrører: Offentlige systemers koncepter, videnskabsetik, faglig praksis og målgruppens selvbestemmelse.

Min primære bevæggrund for at lave denne rapport og evaluering af behandlingskoncepterne på diabetesområdet, er et personligt ønske om, at den behandlingsrelevante forståelse og tilgang opnår generel anerkendelse som behandlingsform indenfor det diabetiske behandlingsområde. En forståelse og behandlingstilgang, der både gør det lettere at opnå en god regulering og minimere antallet af de faktorer, der gør diabetes til et handicap i forhold til omgivelserne.



Problemstillingen har generel og almen karakter og interesse, da der er en del diabetikere, for hvem de kontrolbaserede behandlingskoncepter har alvorlige helbredsmæssige konsekvenser. Nogle af dem, der får problemer, er de flere og flere unge diabetikere, der udvikler spiseforstyrrelser, og de mennesker med diabetes 2, der får svært ved at opnå en god diabetesregulering, fordi der bliver sat lighedstegn mellem vægttab og en god regulering af blodsukkerniveauet.

De problemstillinger, der beskrives i rapporten, kan være et udgangspunkt til en videre research, men er nødvendigvis ikke dækkende for, hvilke problemer forskellige diabetikere oplever og opfatter som problematiske ved at leve med diabetes. Fokus er i denne rapport rettet mod de helbredsmæssige konsekvenser og problemstillinger, der knytter sig til de kontrolbaserede behandlingskoncepter.

Rapporten vil i forbindelse med udgivelsen blive distribueret til en række interesseorganisationer, instanser og enkeltpersoner, der kan have interesse i problemstillingen omkring kontrolbaserede behandlingskoncepter.

Ulla Thorup Nielsen

Juli 2012

Forord...	2	
Indledning...	4	
Behandlingsfrihed og forsøgspraksis...		4
Rapportens indhold...		4
1. Videnskab, pseudovidenskab – og uvidenskabelige pseudosandheder...	5	
Den eksakte naturvidenskab...		5
Den relative pseudovidenskab...		5
Uvidenskabelige pseudosandheder...		5
2. Videnskabeligheden bag kontrolbaserede behandlingskoncepter...	6	
Videnskaben blåstempler ikke kontrolbaserede behandlingskoncepter...		6
3. Diabetesområdets kontrolbaserede behandlingskoncepter...	7	
Er der forskel på diabetikers grundlæggende fysiologi?		7
Hvilken videnskab skal modbevises, for at dokumentere kostens betydning?		8
Er vægttab nødvendigt for en god regulering af diabetes 2?		8
Kan det individuelle insulinbehov doseres ud fra ydre faktorer?		9
Er den menneskelige fysiologi relativt alt efter tid og sted?		10
Er den generelle sundhedstilstand uden forebyggende betydning?		10
Er diagnosen på spiseforstyrrelser en god behandlingsform?		11
Diabeteskost?		12
Følgeproblemerne ved de kontrolbaserede behandlingskoncepter...		13
Koncepterne har ikke rod i den naturvidenskabelige forståelse...		13
4. Forsøg eller videnskab?	14	
Videnskabsetik...		14
Patientens eget bedste?		14
Har patienten bevisbyrden?		14
Videre research og dokumentation...	15	
Viden om...	16	
Diabetes 1 – Enkel beskrivelse...	17	
Grundforståelsen...		17
Insulinen...		17
Kosten...		17
Fysisk aktivitet og andre ydre faktorer der kan påvirke diabetes...		18
PRAKSIS-design...	19	

Indledning...

Kontrolbaserede behandlingskoncepter på diabetesområdet giver fejlbehandling og spiseforstyrrelser. Der har tillige aldrig været videnskabelig dokumentation og grundlag for at praktisere dem...

Den naturvidenskabelige forståelse og behandling er baseret på viden om kostens indvirkning på blodsukkeret, blodsuktermålinger og et godt kendskab til insulinens virkningsprofiler. Det er den forståelse og behandlingsmåde, der er nemmest at opnå en god diabetesregulering med – samtidig med, at det også er det, der giver de bedste muligheder for at leve et aktivt liv.

Den diabetiske behandlerverden underkender i vid udstrækning den naturvidenskabelige og dermed behandlingsrelevante forståelse og behandling. Og diabetikere, der foretrækker den behandlingsrelevante måde at leve på – møder stor modstand og kommer under pres for at skulle deltage i de forsøgs- og kontrolbaserede behandlingskoncepter – selvom det betyder fejlbehandling og begrænser mulighederne for at leve et aktivt liv.

Der ligger ikke nogen – set med hverken videnskabelig eller helbredsmæssige øjne – fornuftsmæssige grunde til det. Tværtimod. De diabetikere, der lever med den behandlingsmæssige forståelse, har langt bedre muligheder for at opnå en god behandling og regulering – og pynter også pænt i statistikkerne, som dem der er i stand til at leve med sygdommen uden at få følgevirkninger til den...

Behandlingsfrihed og forsøgspraksis...

I Danmark har vi – i alt fald officielt – det der kaldes behandlingsfrihed. Og det er ikke lovligt at praktisere forsøg med mennesker i det danske sundhedsvæsen. Det er lovligt at lave forsøg, men så skal patienten informeres og give sit samtykke til, at man er indforstået med at deltage i forsøg.

Eftersom det, der foregår på det diabetiske behandlingsområde, ikke bliver fremstillet som forsøg, men derimod som videnskabelig veldokumenteret ordinær behandling, så foregår den behandlingspraksis uden et yderligere samtykke fra patienten. Så medmindre der foreligger en eller anden videnskabelig begrundelse for de kontrolbaserede behandlingskoncepter, der bliver praktiseret på det diabetiske behandlingsområde, så er der tale om forsøg. Forsøg som diabetikere ofte kommer under pres til at deltage i, da det bliver fremstillet som værende den ordinære og eneste eksisterende behandlingsmåde at leve med diabetes på.

Rapportens indhold...

Rapporten indeholder en beskrivelse af: Definitioner på videnskab; Hvad der karakteriserer kontrolbaserede behandlingskoncepter, og hvordan de opstår og bliver bygget op; Den naturvidenskabelige diabetesforståelse og behandlingsmåde; En række eksempler på, hvilke former for fejlbehandling og trivselsproblemer, der opstår som konsekvens af de kontrolbaserede behandlingskoncepter.

Opsummerende sammenstilles de forudsætninger som dansk diabetesbehandling bygger på – og de uoverensstemmelser der er mellem dem, og anden eksisterende viden om diabetes, sundhed og trivsel...

1. Videnskab, pseudovidenskab – og uvidenskabelige pseudosandheder...

Hvor meget sandhedsværdi skal vi lægge i de videnskabelige sandheder, som vi i forskellige sammenhænge (institutioner, læreanstalter, litteratur, medier mm) bliver præsenteret for livet igennem?

Det videnskabelige kan godt være lidt af en kompleks verden – hvor vi både har de eksakte videnskaber (de naturvidenskabelige), de erfaringsbaserede videnskaber (pseudovidenskaberne: Pædagogik, psykologi, sociolog mm) – og den pseudovidenskabelige håndtering / anvendelse af både de eksakte og de erfaringsbaserede videnskaber...

Den eksakte naturvidenskab...

Det naturvidenskabelige er karakteriseret ved, at det kan eftervises eksakt – så det uanset tid og sted – altid vil give det samme resultat.

Det er for eksempel en naturvidenskabelig sandhed at mennesker med diabetes 1 ikke producerer insulin. Det kan dokumenteres og eftervises uanset tid og sted – med det samme resultat.

Den relative pseudovidenskab...

Det er ikke alt anvendelse af de eksakte videnskaber (naturvidenskaberne) – der er naturvidenskabelig. En del af det, der foregår i anvendelsesfasen, er pseudovidenskabelig – for anvendelsen vil ikke kunne eftervises eksakt – og give det samme resultat uanset tid og sted...

Hele det pseudovidenskabelige område (det humanistiske) – bygger på mange antagelser – der ikke er videnskabelig eksakte. Så sandhedsværdien af pseudovidenskabelige konklusioner vil altid være afhængig af tid og sted.

Det er for eksempel en pseudovidenskabelig sandhed, at diabetikere ikke kan tåle at spise sukker. Hvis blodsukkeret er lavt, bør diabetikeren spise noget sukkerholdigt for at undgå et insulinchok. Så den sandhed afhænger af de faktorer der påvirker blodsukkerniveauet – og er dermed ikke eksakt og uafhængig af tid og sted.

En pseudovidenskabelig teoretisk referenceramme definerer et afgrænset "filter" / synsvinkel. Fordelene ved at bruge disse "filtre" er, at de rummer en systematisk måde at vurdere på, og dermed kan de bidrage til at se nogle tendenser, mønstre og sammenhænge. Men "løsrevne" pseudovidenskabelige sandheder bliver ofte diffuse, misvisende eller intetsigende.

Der er som ofte altid noget om noget – men under hvilke vilkår og forudsætninger?

Uvidenskabelige pseudosandheder...

Det er meget væsentlig af man skelner mellem naturvidenskabelige og pseudovidenskabelige sandheder. Hvis man tillægger pseudovidenskabelige sandheder en naturvidenskabelig sandhedsværdi, ignorerer man betydningen af en række ydre faktorer.

Hvis man for eksempel sidestiller den pseudovidenskabelige sandhed, at diabetikere ikke kan tåle at spise sukker, med en naturvidenskabelig sandhed – ignorerer man betydningen af de faktorer, der påvirker blodsukkerniveauet, så diabetikeren i nogle tilfælde bør spise noget sukkerholdigt for at undgå et insulinchok.

Den naturvidenskabelige sandhed om sukker og diabetes er, at sukker påvirker blodsukkerniveauet. Og ikke andet.

2. Videnskabeligheden bag kontrolbaserede behandlingskoncepter...

Kontrolbaserede programmer og koncepter er karakteriseret ved, at man sætter nogle få faktorer i centrum, som man bruger til at definere en kontrolramme – og så tilpasser / bygger man de resterende faktorer på den kontrolramme.

Det følgende er et fiktivt eksempel til illustration af hvordan diabetesområdets kontrolbaserede behandlingskoncepter er opstået og bygget op.

1. Et enkelt eksempel til illustration er menneskers behov for væske. Hvis man bygger en parallel tilsvarende kontrolramme op om det, som karakteriserer de kostkontrollerede programmer, der præger diabetesområdet – så kunne den kontrolramme for eksempel blive til, at mennesker skulle drikke 1 deciliter vand hver time.
2. Det kunne man så give videnskabelig legitimitet, ved at kontrolmåle på nogle patienter, der var indlagt, og dermed dokumentere, at mennesker der drak 1 deciliter vand hver time, ikke blev dehydreret og døde af væskemangel.
3. Næste trin ville så blive, at man ophøjede det til en eksakt videnskabelig sandhed, som lød: At mennesker skulle drikke 1 deciliter vand hver time, for ikke at blive dehydreret og dø af væskemangel.
4. Der ville så opstå nogle følgeproblemer i relation til denne kontrolramme. Et af dem ville være mangel på sammenhængende søvn. Det kunne man så forsøge at afhjælpe med nogle hjælpemiddellignede tiltag, som for eksempel et væskedrop, som mennesker kunne sove med.

Der kan opstå mange lappeløsninger i kølvandet på skadevirkningerne ved kontrolbaserede behandlingskoncepter, hvis koncepterne først bliver cementeret som en form for naturvidenskabelig sandhed.

Men der er netop ikke tale om en naturvidenskabelig sandhed. Det er en fiks idé, der bliver legitimeret ved pseudovidenskabelig dokumentation. I dette eksempel bliver der sat lighedstegn mellem: At mennesker kan få dækket deres behov for væske ved at drikke 1 deciliter vand hver time – og at mennesker så dermed ikke kan få dækket deres behov for væske på andre måder. Men den form for ræsonnementer har intet med seriøs videnskab at gøre.

Videnskaben blåstempler ikke kontrolbaserede behandlingskoncepter...

Videnskaben fortæller ikke hvordan mennesker eksempelvis skal få dækket deres behov for væske. Den fortæller, at den menneskelige organisme hovedsagelig består af vand, og mennesker ikke kan overleve ret længe uden væske. Og ikke andet.

Eksemplet med menneskers væskebehov er et fiktivt eksempel til illustration. Men det er på tilsvarende måde, man har bygget de kontrolbaserede behandlingskoncepter op indenfor det diabetiske behandlingsområde. Der har man bare sat mad i centrum for kontrolrammen. Men det meste i de kostkontrollerede koncepter er lige så uvidenskabelige, som et væskekoncept om det livsvigtige i at drikke 1 deciliter vand hver time ville være.

Tilsvarende giver de kostkontrollerede koncepter en masse følgeproblemer, i stil med manglen på sammenhængende søvn i det fiktive eksempel med væskekonceptet.

3. Diabetesområdets kontrolbaserede behandlingskoncepter...

De kontrolbaserede behandlingskoncepter, der bliver brugt indenfor det diabetiske behandlingsområde, er baseret på detaljeret kontrol af nogle få faktorer, og en kontrolramme der skal sikre kontrollen af disse faktorer.

De faktorer, man definerer som centrum for kontrollen, er sammenhængen mellem nogle detaljerede kostplaner og insulinmængden. Den kontrolramme, der bliver brugt til at definere sammenhængen mellem kostplanerne og insulinmængden, er behandlerverdens egen kontrolramme – hospitalsmodellen. Så som udgangspunkt er de kontrolbaserede behandlingskoncepter lavet til patienter, der er indlagt og bor på et hospital.

Kontrolkoncepterne bliver så defineret som naturvidenskabelige sandheder. Det vil sige, at det behandlingsmæssige resultat af at leve efter dem, skulle kunne være det samme uanset tid og sted. Men de er netop ikke naturvidenskabelige sandheder. Så det behandlingsmæssige resultat er ikke uafhængig af tid og sted.

Så man definerer en pseudovidenskabelig sandhed som en naturvidenskabelig sandhed, og tager dermed ikke højde for de faktorer, der varierer alt efter tid og sted. (Se [kapitel 1. Videnskab, pseudovidenskab – og uvidenskabelige pseudosandheder...](#) og [kapitel 2. Videnskabeligheden bag kontrolbaserede behandlingskoncepter...](#))

Når en pseudovidenskabelig sandhed bliver defineret som en naturvidenskabelig sandhed, så vender man verden på hovedet – og tillægger samtidig de reelle eksakte naturvidenskabelige sandheder evnen til at være relative og foranderlige alt efter tid og sted. Og det kan der komme mange mystiske og absurde ting ud af.

Det sker så i kombination med det selvkontrollerende. For det, man fylder ovenpå de her koncepter og den omvendte videnskabelige verdensorden, er selvkontrollen. For når nu man har opfundet de her helt fantastiske koncepter, der kan redde diabetikers liv, så skal diabetikere jo bare lære dem udenad og udvise den rette selvkontrol ved at leve efter dem. Så er den hellige grav vel forvaret? Eller hvad?

I det følgende kommer nogle eksempler på, hvordan disse koncepter ser ud, når de bliver omsat til praksis.

Er der forskel på diabetikers grundlæggende fysiologi?

Da insulinpumpen kom på markedet, skete der noget meget mærkværdigt. Den blev i første omgang lanceret som vidundermidlet, på niveau med en organtransplantation. Miraklet der kunne helbrede diabetikere?

Det ville parallelt svare til, at man lancerede en ny smart model i kørestole som mirakelkuren, der kan helbrede lammelse. Eller hvis man lancerede en ny model af stomiposer, som en ny avanceret tarmoperationsteknik. For insulinpumpen er bare en anden injektionsteknik. Alt det behandlingsmæssige med at måle blodsukker, vurdere kosten og insulinmængden er det samme, hvad enten diabetikere bruger insulinpumpe, eller insulinpen.

Insulinpumpen er et kropsbåret hjælpemiddel, som brugeren skal have påmonteret døgnet rundt. Den bliver forbundet til kroppen med en slange og plastikkanyle, som så kan sidde nogle døgn. I stedet for langsomvirkende insulin, der optages gennem huden ved brug af insulinpen til injektion – så bruger insulinpumpen kun hurtigtvirkende insulin, der hele tiden tilføres i små doser. Ved måltiderne skal brugeren så dosere ekstra insulin ved indstille det på pumpen.

Men pumpen bliver en forrygende succes. Det er fantastisk, så godt det går for de mennesker, der begynder at bruge insulinpumpe. Men medmindre der har været tale om fejlmedicinering

af den langsomvirkende insulin, så burde det ikke have så stor betydning. For det er den eneste behandlingsmæssige forskel på pumpen og pennen. Så behandlingsmæssigt er det kun af betydning, for de diabetikere hvis langsomvirkende bliver fejlmedicineret ved injektion med insulinpen. Det andet er det samme.

Men der sker også noget andet i forbindelse med lanceringen af insulinpumpen, og som måske i virkeligheden er det, der har allerstørst betydning for den store succes? De der begynder at bruge pumpe, bliver de første diabetikere hvor behandlerne vurderer at kostens indvirkning på blodsukkerniveauet – ligner den naturvidenskabelige forklaring. At det er den kulhydratholdige kost, der påvirker blodsukkeret. Så de meget detaljerede og kunstfærdige kostprogrammer er ikke nødvendige, for de der bruger insulinpumpe.

Så nu kom der en form for offentlig anerkendelse af naturvidenskaberne fra den diabetiske behandlerverden. Men kun delvis. For så opfinder de en anden ny pseudovidenskabelig sandhed: At der er forskel på diabetikers grundlæggende fysiologi?

Hvilken videnskab skal modbevises, for at dokumentere kostens betydning?

Det er en meget mystisk form for forsøg og forskning, der foregår indenfor dette behandlingsområde. For så kom der lige pludselig et forsøgsprojekt omkring kulhydrattælling for diabetikere, der ikke bruger insulinpumpe men pen. Det er selvfølgelig da fint, at man beslutter sig for at ville lette livet for de diabetikere, der ikke selv har kunnet lære sig op i det. Men hvorfor forsøg?

Hvad er det, der skal bevises? At diabetikere der bruger insulinpumpe og pen, har den samme grundlæggende fysiologi – som i øvrigt også er den naturvidenskabelige fysiologiske forklaring? For ellers er der jo ikke noget at lave forsøg om?

Den naturvidenskabelige forklaring har kunnet læses i de naturvidenskabelige grundbøger, der beskriver kroppens funktioner – i mange år – mindst 22 – måske længere?

Er vægttab nødvendigt for en god regulering af diabetes 2?

Det rejser samtidig et andet interessant spørgsmål. Hvad er den grundlæggende fysiologiske forskel på mennesker med diabetes 1 og mennesker med diabetes 2?

Der bliver i vid udstrækning sat lighedstegn mellem vægt, eventuelt vægttab og en god regulering af blodsukkerniveauet hos mennesker med diabetes 2. Så hos mennesker med diabetes 2 afhænger blodsukkerniveauet af diabetikerens vægt og ikke det daglige indtag af kulhydratholdig kost? Som ellers er den naturvidenskabelige forklaring, og den forklaring der bliver brugt for diabetikere med diabetes 1. I første omgang godt nok kun delvis – for de diabetikere der bruger insulinpumpe.

Så diabetikere med diabetes 2 med et par kilo ekstra på sidebenene kan ikke opnå en god regulering af blodsukkerniveauet uden at tabe sig, fordi det er vægten og ikke det daglige indtag af kulhydrater, der påvirker blodsukkerniveauet?

Det virker meget mystisk.

Hvis det var kulhydratmængden, der påvirkede blodsukkerniveauet i kroppen på mennesker med diabetes 2, ligesom mennesker med diabetes 1 – og den naturvidenskabelige forklaring, så ville mennesker med diabetes 2 mere eller mindre kunne opnå en god regulering af blodsukkerniveauet fra den ene dag til den anden. Firkantet sat op ville mennesker med diabetes 2 kunne få et meget lavt blodsukkerniveau ved kun at leve af kød, fedt og grøntsager. Det ville så ikke være en særlig ernæringsmæssig god måde at gøre det på.

Den naturvidenskabelige forklaring på forskellen på diabetes 1 og diabetes 2 siger ellers ikke noget om, at der skulle være forskel på hvilken del af kosten, der påvirker blodsukkerniveauet? Der er forskellen defineres ud fra kroppens evne til at producere insulin.

Så der er forskellen, at diabetes 1 er en virus betinget sygdom, hvor kroppen begynder at danne antistoffer mod de insulinproducerende celler og udletter dem, så kroppen helt stopper med at producere insulin. Hos mennesker med diabetes 2 producerer kroppen stadig insulin, men mængden er reduceret og / eller reaktionshastigheden på signaler om stigning i blodsukkerværdien meget langsom.

Hvordan kan en sygdom, der er defineret som kroppens evne til at producere insulin – medføre flere forskellige definitioner af hvilken del af kosten, der påvirker kroppens blodsukkerbalance?

Kan det individuelle insulinbehov doseres ud fra ydre faktorer?

En af de problemstillinger, der kan gå hen at blive et stort problem i disse kontrolbaserede behandlingskoncepter, er at få kortlagt insulinens virkningsprofil. For det man som udgangspunkt går ind og medicinere, er patientens medicinbehov under bestemte ydre forhold. Det betyder, at den medicinering kun fungerer under tilsvarende ydre forhold. Man medicinere billedlig talt ikke patienten – men verden omkring patienten. Så bliver det at leve med diabetes en form for totaloplevelse, hvor man ikke adskiller behandlingen - fra dels de ydre omgivelser eller diabetikeren selv.

Det kan give en indbygget fejlmedicinering, som først viser sig, når diabetikeren får behov for at kunne regulere sig til noget fleksibilitet. For det kan være mere eller mindre tilfældigt, at den medicinske behandling fungerer godt under nogle helt bestemte vilkår.

Det oplevede jeg for nogle år tilbage, da jeg fik brug for at kunne regulere mig til noget mødeaktivitet på mit job. Det betød, at jeg havde brug for at spise aftensmad noget senere end jeg plejede. Det burde i princippet ikke være noget problem at rykke aftensmaden og tidspunktet på injektionen af den hurtigtvirkende måltidsinsulin. Hvis ellers der er døgnvirkning på den langsomvirkende insulin.

Det var der ikke. Den langsomvirkende insulin jeg tog om aftenen inden sengetid, holdt op med at virke ved tre tiden om eftermiddagen. Det, der gjort det svært for mig, helt at gennemskue virkningsprofilen på den langsomvirkende insulin, var, at den hurtigtvirkende insulin jeg tog til frokost, virkede en fire til fem timer, så den kunne de fleste dage holde blodsukkerne nogenlunde nede, indtil jeg tog en ny dosis hurtigtvirkende insulin til aftensmaden. Som så holdt blodsukkeret nede indtil jeg tog min langsomvirkende insulin sidst på aftenen. Jeg gjorde så det, at jeg delte dosis på den langsomvirkende insulin i to, og tog halvdelen om morgenen og den anden halvdel på et tidspunkt om aftenen, så forsvandt de insulinløse huller om eftermiddagen, og mine blodsukre steg ikke længere umotiveret sidst på eftermiddagen.

Men jeg måtte selv finde frem til at få lagt insulinen om, så det kom til at fungere. Og jeg mødte meget stor modstand, fra de behandlere jeg havde. Og det var først, da jeg fik en hurtigtvirkende insulin, der virkede noget kortere tid, at jeg selv kunne se virkningsprofilen. Så jeg kom til at kæmpe med det et godt stykke tid.

Det med direkte at gå ind og se særskilt på insulinens virkningsprofil, passer ikke ind i den principielle holdning og tankegang med de kontrolbaserede behandlingskoncepter. Så medmindre diabetikeren selv har forudsætningerne og ressourcerne til at vurdere virkningsprofilerne og få styr på dem – så får diabetikeren ikke den grundlæggende forståelse for insulinens virkning i kroppen, som er en forudsætning for at være i stand til at regulere sig til at leve et nogenlunde normalt aktivt liv – med uddannelse, job, fritidsinteresser og hvad der ellers måtte være individuelle og personlige ønsker om.

Ser vi på de videnskabelige definitioner i den kontrolbaserede medicinforståelse. Så sker der det, at man går ind og kobler medicinforståelsen sammen med en ydre ramme, og derefter definerer man medicineringen som en naturvidenskabelig konstant. Så får diabetikeren sin insulinvirkning defineret som en ydre struktur / kontrolramme, som er nødt til at være konstant og uforanderlig, for at insulinvirkningen kan være det. Det betyder, at diabetikeren bliver nødt til at leve sit liv i en form for uforanderlig og konstant ydre struktur / kontrolramme – for at medicineringen kan forblive konstant. Så her definerer man samtidig ydre strukturer, som noget der kan være naturvidenskabelige konstante uanset tid og sted.

Der sker her en omdefinering af pseudovidenskabelige sandheder om, hvordan livet og hverdagsrutinerne er i forskellige sociale miljøer – til naturvidenskabelige eksakte konstanter, som kan danne grundlag for medicinering af mennesker. Og hvis det regnskab skal gå op i virkelighedens verden, hvor stiller det så diabetikeren, der skal agere i forhold til en ydre konstant struktur, for at få sin insulinvirkning til at fungere?

Ja – så er der jo kun en fleksibel og foranderlig størrelse at regulere på. Og det er diabetikeren. Diabetikerens evne til selvkontrol. Det er så den faktor, der skal få tingene til at hænge sammen – for at få den insulinvirkning, der er koblet sammen med en ydre struktur, der er defineret til at skulle kunne være konstant og uforanderlig – kan være stabil. Hvordan klarer diabetikere så det? Ja nogen udvikler spiseforstyrrelser for at få det til at hænge sammen.

Er den menneskelig fysiologi relativt alt efter tid og sted?

Det er altid nemt at se, hvorvidt en sammenhæng definerer noget som naturvidenskabeligt eller pseudovidenskabeligt. Er der flere end en forklaring på det samme, så er der tale om pseudovidenskabelighed. Er der kun en forklaring, så er der tale om naturvidenskabelighed.

Hvilke dele af kosten, der påvirker blodsukkeret, bliver i den diabetiske behandlerverden defineret som en pseudovidenskabelig.

Det kommer blandt andet til udtryk i modsætningen mellem, hvilke dele af kosten der påvirker blodsukkerniveauet, når diabetikers blodsukkerværdier bliver for lave, og når de ligger godt. Når en diabetiker får et lavt blodsukker, skal diabetikeren altid spise noget kulhydratholdigt (sukkerholdigt) for at få blodsukkeret op og undgå insulinchok. Så der er det kun, kulhydratindholdet i kosten, der påvirker blodsukkeret. Det nytter for eksempel ikke noget at spise en halv agurk. Der er ingen eller kun meget minimale mængder kulhydrat i grøntsager. Men når diabetikeren så bliver præsenteret for diverse komplekse kostplaner, så er det besynderligt nok – alle kostprodukter, der har betydning for blodsukkerniveauet. Det skal alt sammen vejes af på en guldvægt og sættes ind i et detaljeret tidsstyret program. Den modsigelse betyder, at man fra behandlerens side definerer hvilke dele af kosten, der påvirker blodsukkerniveauet, som en pseudovidenskabelig sandhed. Sådan efter melodien: Virker, virker ikke, virker, virker ikke.

De naturvidenskabelige sandheder vil altid lyde: Altid eller aldrig. Enten gælder de – eller også gælder de ikke. Og spørgsmålet om hvilke dele af kosten, der påvirker blodsukkerniveauet, bør være defineret som en naturvidenskabelig entydig faktor. Ellers betyder det, at menneskers grundlæggende fysiologi forandrer sig sammen med blodsukkerniveauet. Og det virker meget, meget fantasifuldt og kreativt.

Er den generelle sundhedstilstand uden forebyggende betydning?

I den måde man vurderer risikoen for følgesygdomme indenfor det diabetiske behandlingsområde, underkender man betydningen af både den generelle sundhedstilstand og behandlingsformen. Det foregår ved, at man bruger en generel statistik for den gennemsnitlige levealder og følgesygdomme, som man så ophæver til en naturvidenskabelig sandhed om "den slags mennesker" – generelt set.

Nu er det jo ikke negativt at man går ind og laver evalueringer på risikofaktorer ved forskellige sygdomme. Men det skal jo til enhver tid sammenholdes med behandlingsformerne og andre helbreds faktorer – ellers bliver de jo uinteressante.

Det diabetiske behandlingsområde har i efterhånden mange år brugt den statistiske sandhed, at alle diabetikere er indenfor de første 15-18 år, de lever med sygdommen, i høj risiko for at blive blinde og få nogle af de andre følgesygdomme – sådan mere eller mindre fra den ene dag til den anden. Og dem, der så overlever den statistisk bestemte tidsperiode uden at få følgesygdomme, de er så uden for risikozonen. Men det er jo grundlæggende en absurd måde at vurdere menneskers helbred på. For de mennesker, der har et godt helbred efter 15-18 år med diabetes, har jo haft det gennem alle årene.

Når man gør et statistisk gennemsnit til en generel sandhed, så underkender man de konkrete helbredsmæssige faktorer, der afgør, hvor mennesker kommer til at høre hjemme i den statistik. Det betyder, at man sygeliggør sunde og raske mennesker, der har et godt helbred, og forsøger at bilde dem ind, at det mere eller mindre er ligegyldigt, for det hjælper dem ikke. Men det er ikke korrekt. For den ekstra helbredsmæssige risiko, der kan være forbundet med diabetes, handler om risikoen for forkalkningssygdomme. Så de mennesker med diabetes, der har en god helbredstilstand, der gør, at de ikke er i risikogruppe for forkalkningssygdomme – er heller ikke i risikogruppe for at få følgesygdomme til diabetes.

Det andet aspekt er behandlingsformen. Den indgår heller ikke i vurderingen af den helbredsmæssige risiko for følgesygdomme. Der er flere og flere diabetikere, der lever et langt liv med diabetes uden at få helbredsmæssige problemer med det. Og de diabetikere, der lever længst og bedst, er de diabetikere, der får en god forståelse for kostens betydning for blodsukkerniveauet og de individuelle virkningsprofiler på insulin. Og som på baggrund af den forståelse bliver i stand til at regulere på kost og insulin, så de kan leve et aktivt liv.

De diabetikere, der er i størst helbredsmæssig risiko for at udvikle følgesygdomme, er dem, der får koblet deres behandling, medicinforståelse og kostforståelse op på en form for kontrolleret ydre struktur – og dermed ikke får afklaret de faktorer, man er nødt til at lære at regulere på, for at leve et aktivt liv.

Og som vilkårene er på diabetesområdet, så er det kun de diabetikere, der selv har forudsætningerne og ressourcerne til at lære sig selv op, og måle sig til en afklaring af insulinens virkningsprofiler, der får et godt greb i, hvordan man regulerer blodsukkerniveauet ved sammenhængen mellem kost, insulin og ydre faktorer.

Er diagnosen på spiseforstyrrelser en god behandlingsform?

En af de ting, man kan møde på i den diabetiske behandlervorden, er opfordringen til at kostkontrollere sig til fleksibilitet i den ydre verden.

Jeg mødte selv på den, da jeg for år tilbage måtte konstatere, at der var noget galt med virkningsprofilen på den langsomvirkende insulin. Der var ikke døgnvirkning. Den langsomvirkende insulin jeg tog om aftenen inden sengetid, holdt op med at virke ved tre tiden om eftermiddagen.

En af de behandlingsmæssige anbefalinger jeg fik til at løse det problem, var, at jeg kunne droppe aftensmaden, når jeg havde fyraftensmøder på mit arbejde, og så i stedet have en ekstra madpakke med, som jeg kunne snige mig til at spise i en pause. Det nægtede jeg at være med til. Diabetes 1 er en kronisk sygdom, som man skal leve med hele livet. Så det med at klampe sig gennem livet, ved at springe de normale måltider over, og bruge madpakkeløsninger i krogene – var jo et skråplan. Der skulle findes en medicinsk løsning, så det kunne lade sig gøre at regulere sig medicinsk til forskudt frokost, skæve arbejdstider, og så i øvrigt også et varieret aktivitetsmønster i fritiden. Så det afviste jeg. Det ville jeg ikke være med til.

Jeg fik så med nogen kamp, en hurtigtvirkende insulin, der var lettere at regulere – og doserede selv den langsomvirkende insulinprodukt, så der blev døgnvirkning.

Der sker det i den kontrolbaserede behandlingsstrategi, at man definerer kombinationen af ydre struktur og insulin doseringen, som en fast konstant. Og alt det, der afviger fra den struktur, bliver defineret som normafvigende. Og alt det normafvigende bliver diabetikere så opfordret til at finde en form for kost- og adfærdsstrategisk løsning på.

Det kan godt gå hen og blive til mange små kost- og adfærdsstrategiske løsninger. For i sådan en kontrolbaseret struktur, er alt det, der ikke kan defineres som en daglig fast rutine – normafvigende.

Idræt en gang om ugen – er normafvigende. Weekendbesøg hos familien – er normafvigende. Forskudt frokost på jobbet – er normafvigende. Weekendseminar på jobbet – er normafvigende. Mødeaktiviteter efter klokken 16 – er normafvigende. Kursus en aften om ugen – er normafvigende. Ferieophold og rejser – er normafvigende. Så kan livet meget nemt gå hen og komme til at bestå af ene normafvigende koststrategiske løsninger.

Kostkontrol som redskab til at opnå livs- og situationskontrol – er definitionen på spiseforstyrrelser. Så det er aldrig hensigtsmæssigt at gå ind og lave en direkte kobling mellem kostkontrol og menneskers evne til at styre og overleve livet og omgivelserne.

Alternativet til disse spiseforstyrrede løsninger – er en god oplæring i hvilke dele af kosten, der påvirker blodsukkerniveauet, en god individuel afklaring af insulinens virkningsprofiler – og noget træning i at regulere på insulinen. Så det bliver medicinen diabetikere regulere på, i stedet for at bruge en masse forskellige selvkontrollerede kost- og adfærdsstrategier som behandlingsløsning.

Der har i mange år været mulighed for at droppe den kontrolbaserede behandlingsstrategi – mindst 22. For man har i de år haft insulinprodukter med forskellige virkningsprofiler (kort og lang), teststrimler til blodsuktermålinger, og den nødvendige viden om hvilke dele af kosten der påvirker kroppens blodsukkerniveau.

Så det er hverken viden eller praktiske muligheder – der legitimerer, at man er forsæt med fastholde de kontrolbaserede behandlingsstrategier.

Diabeteskost?

Medmindre der eksisterer en lovgivning, der gør det kriminelt og strafbart for mennesker selv at bestemme, hvad de tager på tallerkenen og putter i munden af mad, så er der ikke noget, der hedder diabeteskost.

Det er sammensætningen af kosten, der er relevant for diabetikeren. Med speciel opmærksom på mængden af de kulhydratholdige produkter. Så der er ikke tale om specielle kostprodukter, kun hvor meget af hver ting.

En af dem man i nogle sammenhænge kan møde på, når der bliver bestilt diabeteskost på restauranter – er sovsen. Så bliver diabetikere præsenteret for en sovs, der er tyndet op. Men om diabetikere tager to skefulde af en optyndet sovs – eller en skefuld af en sovs, der ikke er tyndet op, giver det samme resultat. Det man her fokuserer på, er det fedtfattige. Men det at være opmærksom på fedt i maden er over tid. Og det betyder ikke, at hverken diabetikere eller andre ikke ved festlige lejligheder kan spise noget ekstra fed mad. Hvis de har lyst. Det påvirker ikke blodsukkerniveauet.

De specielle sukkerfrie varer, der bliver produceret, indeholder stadig en vis mængde kulhydrater. Så sukkerfri slik, chokolade, marmelade – og hvad der ellers findes – er ikke noget, diabetikere bare kan spise løs af uden at tage hensyn til det ved reguleringen af insulinen.

Meget af det, der bliver produceret og defineret som diabeteskost, gør ikke den store praktiske forskel. Så det er mere et spørgsmål om smag og behag...

Følgeproblemerne ved de kontrolbaserede behandlingskoncepter...

Som beskrevet ved ovenstående eksempler, så giver det en række følgeproblemer, når man går ind og giver en pseudovidenskabelig kontrolbaseret behandlingsstrategi naturvidenskabelig sandhedsværdi. Og de følgeproblemer bunder i, at man samtidig går ind og omdefinerer de naturvidenskabelige sandheder til at være skulde pseudovidenskabelige sandheder.

Nogle af de følgeproblemer, der kan opstå for diabetikere, er som beskrevet i eksemplerne:

1. Problemer med at få klarlagt den individuelle virkningsprofil på insulinprodukterne, med en dårlig insulinforståelse og regulering til følge...
2. Sygeliggørelse af sunde og raske mennesker...
3. Dårlig forståelse for individuel regulering af kost og insulin kan give diabetikere et handicap i forhold til job, fritidsinteresser, idræt og sociale aktiviteter...
4. Problemer med at opnå en god regulering af blodsukkerniveauet for mennesker med diabetes 2, hvis der bliver sat lighedstegn mellem blodsukkerniveau og vægttab...
5. Et usundt forhold til mad og selvkontrol, som følge af at centrere diabetesreguleringen om en overdreven kostkontrolleret adfærd, der i værste fald kan føre til spiseforstyrrelser...

Ovenstående finder sted. Men i hvilket omfang, og hvad der eventuelt eksisterer af andre følgeproblemer for nogen diabetikere? Det vil kræve mere research at afklare det.

Alternativet til den kontrolbaserede behandlingsstrategi er den noget enklere behandlingsrelevante måde, der består i en god afklaring af de individuelle virkningsprofiler for insulinen, træning i at vurdere kulhydratmængden i kosten – og god brug af blodsuktermålinger i hverdagen...

Koncepterne har ikke rod i den naturvidenskabelige forståelse...

Følgeproblemerne ved de diabetiske kontrolkoncepter opstår, ligesom [kapitel 2's](#) eksempel med væskekonceptet, fordi koncepterne ikke i deres udgangspunkt bygger på den saglige naturvidenskabelige viden om, hvad der kendetegner sygdommen, men en mening om hvordan mennesker bedst kan overleve med sygdommen.

Så bliver de faktorer, der i den virkelige naturvidenskabelige fysiske verden er eksakte kontante størrelser, der ikke ændrer sig afhængig af tid og sted – til de faktorer som er nødt til at være relative og foranderlige afhængig af tid og sted – for at den pseudovidenskabelige kontrolbaserede behandlingsstrategi kan oppebære en naturvidenskabelig eksakt sandhedsværdi.

Der bliver byttet rundt på verdensorden, så det der er eksakte naturvidenskabelige sandheder bliver defineret som de relative – og det der er relative pseudovidenskabelige sandheder bliver defineret som de eksakte.

Så bliver det grundlæggende meget naturstridigt og absurd. For det kan ikke lade sig gøre at bytte rundt på den eksakte naturvidenskab og den relative pseudovidenskab i den virkelige fysiske verden. Det er ikke fysisk muligt...

4. Forsøg eller videnskab?

De kontrolbaserede behandlingskoncepter på diabetesområdet går, som beskrevet i forrige kapitel, på en række basale områder ind og underkender, hvad ellers der eksisterer af viden om kroppens funktioner, sundhed og helse. Og den problemstilling har rod i, at koncepterne ikke i deres udgangspunkt bygger på en saglig viden om, hvad der kendetegner sygdommen, men en mening om hvordan mennesker bedst kan overleve med sygdommen.

Det er også meget kendetegnende for det diabetiske behandlingsområde, at det er et meget holdningsbaseret behandlingsområde. Og det kan være svært at få sorteret mellem fakta, saglig information, pseudovidenskabelige sandheder – og en masse tro, meninger og fordomme.

Videnskabsetik...

For at underkende eksisterende videnskabelig basisviden, kræver det, at man først gendriver og modargumentere den eksisterende viden. Og ikke som det er tilfældet med det, der foregår på diabetesområdet: At man underkender den eksisterende viden, for efterfølgende at forsøge at skaffe den dokumentation, der legitimerer, at man underkender eksisterende viden. Det har intet som helst med seriøs videnskabelig dokumentation og forskning at gøre.

Hvis ikke der eksisterer en form for videnskabelig dokumentation for, at det er livsvigtigt rent helbredsmæssigt og behandlingsmæssigt at underkende, hvad der ellers ligger videnskabelig basisviden – så er der tale om forsøg.

Patientens eget bedste?

Det er til patientens eget bedste, lyder argumentet mange gange, for det der foregår på diabetesområdet. Hvordan det? Det kan da aldrig være til patientens eget bedste, at blive misinformeret med nogle koncepter, der gør behandlingen mere kompliceret og livet til et større handicap end nødvendigt?

Det ville til eksempel formodentlig ikke være til astmatikers eget bedste, hvis man supplerede instruktionen i at bruge en astmaspray med en række ekstrating, så det at takle et astmafald blev 10 gange mere kompliceret? Risikoen for at takle en problemstilling uhensigtsmæssigt bliver større, jo flere detaljerede hensyn der indgår i problemstillingen.

Det er til enhver tid til patientens eget bedste, at den behandling, der tilbydes, er den der indebærer det mindste handicap i forhold til det omgivende samfund. Og med mindre der er livsvigtig og seriøs dækning for det set med seriøse behandlingsrelevante øjne – så bør man aldrig underkende generelle helbreds- og sundhedsmæssige hensyn ved behandlingen af et handicap eller kronisk sygdom. For så påfører man patienten nogle unødvendige helbreds- og sundhedsmæssige problemer – som konsekvens af en behandlingsstrategi, der er baseret på ensidige fokuseringer og holdninger...

Har patienten bevisbyrden?

Hvem har bevisbyrden, når det handler om at dokumentere det videnskabelige grundlag for den behandling, der foregår i det danske sundhedsvæsen?

I den form det foregår på det diabetiske behandlingsområde, så bliver det patienten, der har bevisbyrden. Patienten der skal bevise, at de pseudovidenskabelige antagelser, behandlingskoncepterne bygger på, ikke er hverken helbredsmæssige sunde, realistiske eller nødvendige...

Videre research og dokumentation...

Til en eventuel videre research og dokumentation for det, der foregår på det diabetiske behandlingsområde – kan nedenstående være et udgangspunkt, som man kan se nærmere på:

1. På Bispebjerg og Hvidovre hospitaler lavede i 2011 et forsøgsprojekt der skulle dokumentere, at det gav en bedre diabetes regulering, hvis diabetikere fik den noget enklere og behandlingsrelevante information om kostens indvirkning på blodsukkerværdierne. Den behandlingsrelevante kostforståelse kaldes kulhydrattælling.
 - a. Forsøget er en indrømmelse / anerkendelse af, at man fra behandler side er vidende om, at de detaljerede og komplekse kostplaner ikke har behandlingsmæssig relevans for diabetikere.
 - b. Det kan undre, hvorfor der bliver lavet forsøg, for at dokumentere den helbredsmæssige betydning af, at patienterne får den information, der er behandlingsrelevant saglig og seriøs dækning for? Bør patienterne ikke altid informeres om det, der er behandlingsrelevant saglig og seriøs dækning for?
2. Dansk diabetesbehandling er på et tidspunkt indenfor de sidste år blevet evalueret af nogle nordiske diabetesforskere – der var meget kritiske overfor det, der foregår på det diabetiske behandlingsområde i Danmark. Jeg har ikke set og læst evalueringen, men kun hørt om den i et kort nyhedsglimt i medierne. Men der må jo eksistere en officiel beskrivelse af den evaluering, i form af en rapport eller tilsvarende?
3. På Bispebjerg hospital lavede man 1996 – 97 og årene derefter en række forsøg på, at få de behandlingsmæssige problemer i form af blandt andet: Manglende afklaring af den individuelle virkningsprofil på insulinen, stress og andre belastende ydre faktorer – defineret som nogle særskilte psykiske problemer / forstyrrelser hos diabetikeren, der medførte en manglende evne og vilje til at udvise den nødvendige selvkontrol.
4. Det at bruge mad som en måde at kontrollere situationer og ydre vilkår – er den psykiske diagnose på spiseforstyrrelser. Så mad bør aldrig indgå som en parameter i noget, der handler om at selvkontrollere sig til ydre kontrol – sådan som det er tilfældet med de diabetiske kontrolbaserede behandlingskoncepter. Der er flere og flere unge diabetikere – der med den diabetiske behandlingstankegang, hvor der bliver sat lighedstegn mellem mad- og selvkontrol, og det at kontrollere sig til et godt liv og helbred – der bliver så påvirket af det, at de reelt udvikler en alvorlig behandlingskrævende spiseforstyrrelse.

Ovenstående kan være et udgangspunkt til en videre research, men er nødvendigvis ikke dækkende for, hvilke problemer forskellige diabetikere oplever og opfatter som problematiske ved at leve med diabetes. Fokus er i denne rapport rettet mod de helbredsmæssige konsekvenser og problemstillinger, der knytter sig til de kontrolbaserede behandlingskoncepter.

Viden om...

Yderligere viden og information om kost og sundhed, kan man eventuelt få hos:

- FDB har lavet en god beskrivelse af kostens næringshold, og hvordan en sund kost bør sammensættes. Den beskrivelse er dækkende for, hvad der betyder noget for den generelle sundhedstilstand – både for mennesker der har diabetes, og mennesker der ikke har det. For diabetikere gælder der så det ekstra, at man er nødt til at holde regnskab med indholdet af kulhydraterne i kosten, da det er det, der styrer kroppens blodsukkerniveau.

» [Madpyramiden](#)

- Hos Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade kan man få viden og information om spiseforstyrrelser, og hvilke skadelige virkninger der er forbundet med dem.

» [LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade](#)

Diabetes 1 – Enkel beskrivelse...

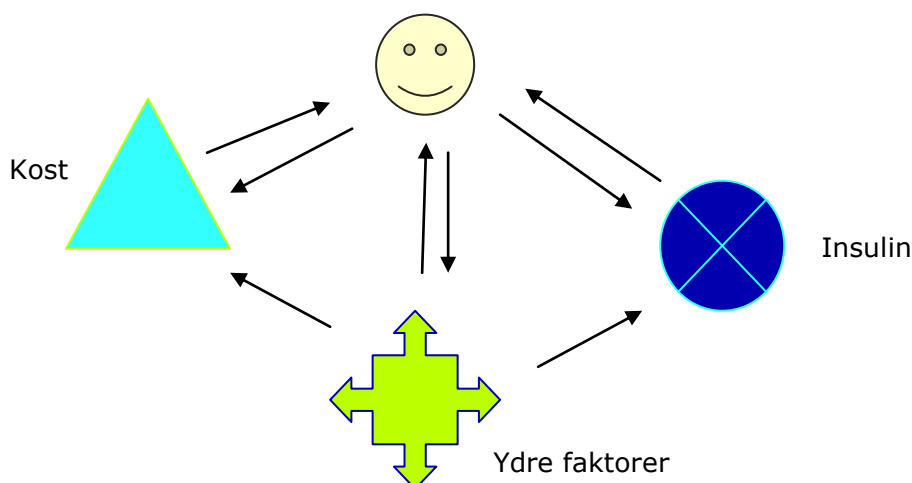
Nedenstående vil på et tidspunkt blive den gængse måde, at forstå og leve med diabetes 1.

Men hvornår – står hen i det uvisse.

Der er stadig lang vej, før der sker en holdningsændring i den diabetiske behandlerverden...

Grundforståelsen...

Behandlingen består i en styring af samspillet mellem insulin, kost, fysisk aktivitet og andre ydre faktorer, der kan påvirke diabetes.



De redskaber, diabetikeren bruger i det daglige, er en kombination af blodsuktermålinger, viden og erfaring.

Insulinen...

Der findes i dag en række forskellige insulinprodukter, med forskellige typer virkningskurver: Kort, lang, jævn og ujævn.

Der kan være stor forskel på, hvordan insulinen virker fra person til person. Hos nogen optages insulin hurtigere end andre. De vil typisk skulle have flere og mindre doser insulin end andre, for at få en god insulinvirkning.

Der skal altid være insulin i kroppen døgnet 24 timer, for at holde blodsukret i balance.

En insulinbehandling vil ofte bestå af et eller to forskellige insulinprodukter: En langsomvirkende insulin der sikrer, at der er insulin i kroppen døgnet rundt; og en hurtigvirkende insulin der tages til måltiderne og tilpasses mængden af kulhydrater i kosten.

Kosten...

Viden om kost og ernæring er en vigtig del af diabetesbehandlingen. Kulhydratmængden i kosten påvirker blodsukret direkte – og diabetikeren har derfor behov for at "tælle kulhydrater" i kulhydratholdige produkter.

Kulhydraterne i nogle produkter optages hurtigere i kroppen end andre. Kosten sammensættes med den kombination af produkter med hurtigt og langsomt omsættelige kulhydrater, der passer bedst til insulinens virkningskurve og kroppens forventede energiforbrænding.

Ellers glæder der de samme generelle retningslinier, som bliver anbefalet til alle: Varieret, groft og fedtfattigt.

Fysisk aktivitet og andre ydre faktorer der kan påvirke diabetes...

Der er en række faktorer, der påvirker insulinbalancen, og som diabetikeren må tage højde for ved regulering af insulinmængden og kulhydrater i kosten.

Mængden af faktorer, der påvirker insulinbalancen er uendelig – og det er i høj grad et spørgsmål om erfaring, at lære dem at kende.

Her er nogle eksempler:

- **Fysisk aktivitet:** Ved fysisk aktivitet øges effekten af insulin og kroppens energiforbrænding. Det kan stabiliseres ved at tage mindre insulin og / eller spise ekstra kulhydrater.
- **Temperatur:** Jo varmere der er, jo hurtigere virker insulin. Ved meget høje temperaturer, som for eksempel en hedebløge, kan det være nødvendigt at reducere insulinmængden.
- **Sygdom:** Sygdom og feber vil typisk påvirke kroppen, så der bliver behov for mere insulin end sædvanligt.
- **Stress:** Ved alvorlig stress producerer kroppen forskellige stoffer, der virker som "sukker" og sætter blodsukret meget højt op. Den form for ustabilitet er uforudsigelig og ukontrollabel. For diabetikere der oplever stress, handler det om at måle blodsukret ofte og tage ekstra insulin for at holde blodsukkerværdierne nede.

Og en uendelighed af mange andre faktorer...

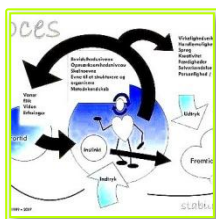
Nogle af de faktorer, der påvirker insulinbalancen, har så lille en påvirkning, at det kun giver små udsving i blodsukret – og derfor ikke kræver de helt store hensyn med særlig regulering...

PRAKSIS-design...

...**beskæftiger** sig med udvikling af koordineringsredskaber, udredning af sammenhængskraften og værdigrundlaget bag praksis indenfor organisationer og sociale fællesskaber – samt dokumentation og analyse af koordinerende problemstillinger og hverdagspraksis.

...**sigter** mod opgaveløsninger, der er baseret på dialog, samarbejde og ligestilling – på tværs af sociale skel og menneskelige forskelligheder.

...**er** en selvstændig iværksætterprofil, der laver egne projekter og opgaver på ikke kommerciel basis – og tilbyder opgaveløsninger for andre på kommerciel freelancebasis.



PRAKSIS-design...

...værksted for praktisk opgaveløsning, struktur og samarbejde...

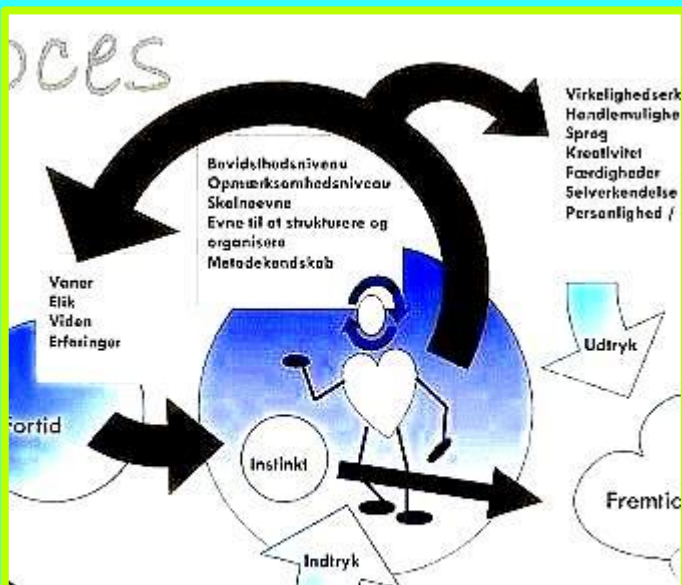


Ulla Thorup Nielsen...

Uddannet indenfor offentlig planlægning, kommunikation, projektledelse og pædagogik...

Faglig profil: Tværfaglig koordinering...

Har primært beskæftiget sig med ligebehandling og særlige vilkår for minoriteter og mennesker med særlige behov...



PRAKSIS-design...

...værksted for praktisk opgaveløsning, struktur og samarbejde...



Ulla Thorup Nielsen

2012