

Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade texten kan innehålla fel och därför bör man visuellt jämföra med verkets bilder för att avgöra vad som är riktigt.

This work has been digitised at Gothenburg University Library.
All printed texts have been OCR-processed and converted to machine readable text.
This means that you can search and copy text from the document. Some early printed books are hard to OCR-process correctly and the text may contain errors, so one should always visually compare it with the images to determine what is correct.



NR 4 • ÅRGÅNG 6 • AUGUSTI 1956

DIABETES

DE SOCKERSJUKAS TIDSKRIFT

SWEDISH DIABETIC JOURNAL

INNEHÅLL

Dr ALBERT GRÖNBERG:
Reseintryck från Wien

*

Diabetes och
åderförkalkning

*

Sockersjuka barn

*

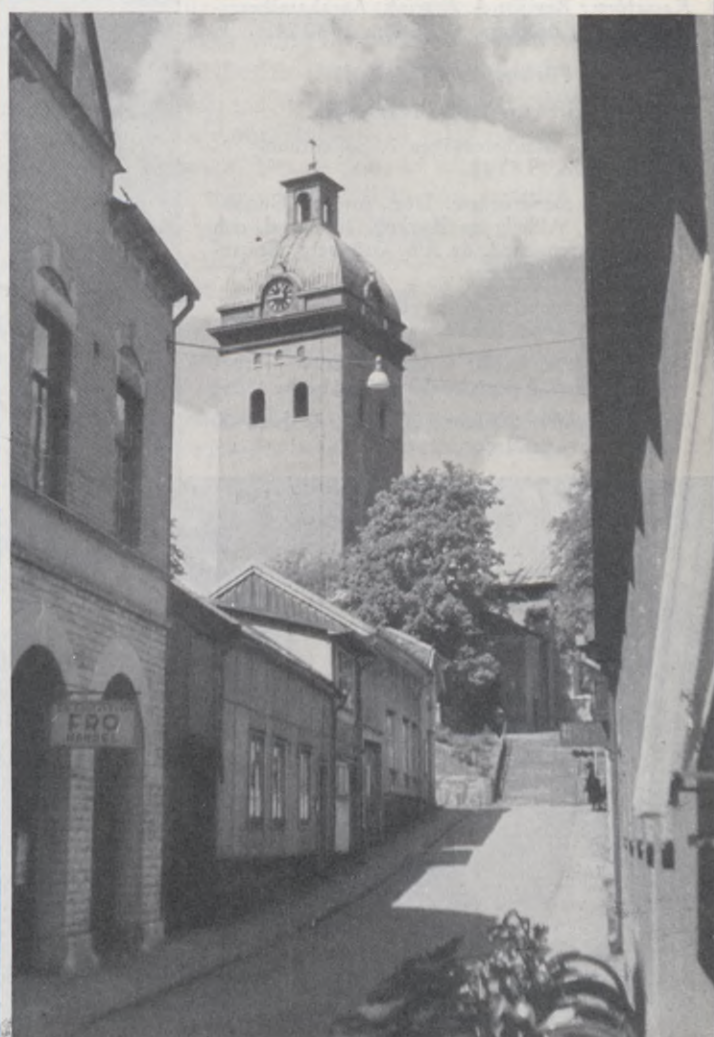
Barn på sommarkoloni

*

L-E STRANDELL:
Arbetsvård



Lösnummer 1:25



SVERIGE

7.000 000 innevånare
c:a 60.000 diabetiker

SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET

Kontrollgirokonton 90 09 01

Kansli: Majorsgatan 10, Stockholm Ö.
Tel. 61 39 49.

Ordf.: Riksdagsledamoten, fru Nancy Eriksson,
Roslagsgatan 11, Sthlm Va. Tel. 32 02 32.

Kassaförv.: Revisor A. Åsbrink, Abrahamsbergs-
vägen 19, Bromma, tel. Sthlm 26 40 24.

Förbundets Tidskrift

Red.: Flottiljvägen 19-21, Näsbyark.

Annonssavd.: Manhemsvägen 7, Sollentuna.
Tel. Sthlm 35 42 18.

Medicinska medarbetare: Doc., med dr Gunnar
Engleson, Allhelgona Kyrkog. 10, Lund, och
Överläkaren, med. dr Alb. Grönberg, Brätte-
vägen 4, Vänersborg.

Redaktionskommitté: G. Engleson, Nancy Eriks-
son och Gunnel Rathsmann.

Pren.-pris 1956: Helår 6 nummer kr. 7: — (be-
loppet inbet. å postgiro 50 07 75). Lösnr 1: 25.

Utgivningstider: 20 febr., 20 april, 20 juni, 20
aug., 20 okt, 20 dec.



DIABETES • *De sockersjukas tidskrift*

Årgång 6

Nr 4 • 1956

Utgiven av SVENSKA DIABETESFÖRBUNDET

Ansvarig utgivare: Nancy Eriksson

Postgiro 50 07 75 • Utgivnings- och tryckort: Katrineholm

Bilaga medföljer en del av upplagan

NANCY ERIKSSON:

ÄR DET NÅGON MENING?

Är det någon mening att organisera folk i föreningar för alla möjliga ändamål? Kan det vara vettigt att i ett riksförbund föra samman människor, som händelsevis fått samma sjukdom? Det är lätt att få ett nekande svar på dessa frågor. Men kanske det skulle gå att resonera litet med de föreningsnegativa och få dem att ändra sin uppfattning. Vi talar nu om dem, som händelsevis fått diabetessjukdomen. Det är folk av alla sorter, långt ifrån alla trivs med föreningsliv och ännu färre vill kanske sorteras in i en särskild sjukgrupp; det är ju inte patienter i vanlig mening.

Det finns ca 60.000 diabetessjuka men bara ca 3.000 är medlemmar i vårt förbund. Så stor kan inte föreningsskräcken vara just bland dessa 60.000, att bara den skulle hindra dem att gå in i förbundet. Vidare. Så bekymmersfritt kan inte existensen te sig just för dessa 60.000, att de inte ser, att det finns många stenar på just deras väg, som andra inte har samma intresse av att flytta undan. Jo, andra får intresset, när man tillräckligt tydligt säger ifrån, vad som bör ändras, och när tillräckligt många ställer sig bakom kraven.

Vårt förbund har inget statligt stöd, och ytterst litet stöd lokalt från kommun och landsting. Det finansieras genom medlemmarnas egna insatser och inkomster från pappersinsamlingen, tidningen skall sköta sig själv, och verksamheten klaras till största delen genom intresserade medlemsinsatser. Vad gör förbundet och vad gör de lokala föreningarna? De bevakar frågor, som de sockersjuka har intresse av att få under myndigheternas ögon. De stöder forskningen beträffande en sjukdom, som vi innerligt hoppas skall inte bara dämpas i sina symptom utan även radikalt kunna botas. Och kanske man också vågar anta, att de lokala föreningarna är ett personligt stöd för många, liksom tidningen försöker vara det.

Den mamma, som får veta, att hennes barn har diabetes, förtvivlar inte men är dock full av oro. Hur skall först skolan möta mitt barn? Skolan

måste förstå hennes besvär men får inte klumpa iväg och markera en slags skillnad mellan henne och klasskamraterna. Här är redan ett stort problem. Så skall andra ungar ut till landet på sommaren. Genom diabetesföreningarna har man lyckats få kolonier för just den här mammans barn. Det är en lättnad att få träningen att klara sig på kolonien och klara sig bland andra ungar, som inte är annorlunda till hälsan.

Barnet klarar sina betyg lika bra som andra i skolan och är kanske så mycket ambitiösare att punktligt passa skoltiden. Mamman är lycklig över de fina betygen och stolt över att det inte är fler sjukdagar än för andra barn. Men ängslan finns där ändå. Ambition och meriter till trots har diabetikern misstron och bestämmelserna att övervinna livet ut, tycks det. Hon har svårt att bli ordinarie som anställd, det kan bli besvärligt med körkortet, svårt med sjukförsäkringsförmånerna etc. Allt detta vid sidan om de bekymmer, som sjukdomen vållar, och som det redan kräver en stor självdisciplin att behärska, så att inte humör och arbetsförmåga störes. Nog är detta svårigheter, som alla diabetiker vill rulla bort med gemensamma krafter.

Förbundet omfattar folk i alla inkomstgrupper, utbildningsgrader och intressefallor. Det är inga partiellt arbetsföra utan oftast fullt arbetande och ordentliga skattebetalare. Förbundet är bara för litet. **Det är en mening med ett medlemskap i förbundet, om det överhuvud är någon mening med att försöka skapa litet mer rättvisa för diabetikerna och hoppas på forskningsresultat.**

35 år sedan insulinet upptäcktes

För 35 år sedan gjorde två nästan okända forskare en av de största upptäckterna i medicinens historia — insulin.

Det var den 30 juli 1921, som det viktiga hormonet först användes av doktorerna Banting och Best för att behandla sockersjuka.

Som ett resultat av denna epokgörande upptäckt erhöles alla sockersjuka den oskattbara gåvan av ett nästan normalt liv, någonting som till dess hade varit nästan omöjligt. Tack vare dessa två me-

dicinska forskare kunna i dag miljoner sockersjuka i hela världen leva ett lyckligt och samhällsnyttigt liv. Utan insulin skulle dessa ha varit dömda att dö en för tidig död.

Den 35:e årsdagen av insulinets upptäckt har en stor betydelse för varje sockersjuk man, kvinna och barn. Den skall tjäna som en symbol av hopp och en ständig påminnelse om att en dag skall andra upptäckter göras för att hjälpa de sockersjuka.

Bra förslag:

UNDERSÖK "SOCKER" SAMTIDIGT SOM TBC!

En undersökning för att kartlägga antalet fall av sockersjuka skulle med fördel kunna kombineras med den nu pågående skärmbildsundersökningen, framhåller lasarettsläkare Johan Mårtensson i Kalmar i en skrivelse till södra landstinget vars förvaltningsutskott tillsatt en kommitté för att utreda frågan. Kommittén har begärt yttranden från kommunerna. Den föreslagna undersökningen skulle nämligen medföra en extra om och ganska ringa kostnad.

Försök i här antydd riktning har inte förekommit tidigare på någon plats i landet men chefen för den landsomfattande skärmbildsundersökningen, prof. Carl Wegelius, har ställt sig positiv och lovat stödja verksamheten.

Dr Mårtensson påpekar att sockersjukan utgör ett stort sjukvårdsproblem och att antalet patienter med sena s. k. diabeteskomplikationer från ögon, njurar och kärlsystem ökar. Detta medför en ökad belastning på såväl sjukvårdsresurserna som socialvården.

För dessa patienter finns för närvarande inga effektiva behandlingsmetoder. Det är sålunda av vikt att alla diabetiker diagnostiseras så tidigt som möjligt. Det har visat sig

att sjukdomen kan hejdas på ett lindrigare stadium genom en tidigare insatt energisk behandling. Man måste sålunda gå in för att söka upptäcka sockersjukan innan den ger påtagliga symptom. Siffran 60.000 har nämnts som sannolik för antalet oupptäckta diabetesfall i vårt land.

Man har diskuterat möjligheten att starta en diabetesverksamhet efter amerikanskt mönster men ekonomiska svårigheter har hittills ställt hinder i vägen. Man skulle emellertid kunna nå ett betydligt bättre resultat med mindre arbete och kostnader om en sådan undersökning anknöts till den pågående skärmbildskampanjen.

Endast obetydliga extra anordningar krävs och utrymmesbehovet blir inte heller stort. Patienterna tar med en flaska med ett urinprov som praktiskt taget direkt kan undersökas och utslaget införs på vederbörandes registreringskort från folkbokföringen. En sköterska bör hinna med detta arbete och ändå få tid över för att bearbeta det statistiska materialet. Positiva fall tas om hand i vanlig ordning om diagnosen bekräftar resultatet av den första undersökningen.

(Forts sid 28)



Wien — Parlamentet

Resentryck från Wien

En studieresa våren 1956 av lasarettsläkare
Albert Grönberg, Vänersborg

1920 hade jag tillfälle att under en månad vistas i Wien. Denna stad var då ännu vallfartsort för europeiska läkare och utomeuropeiska med förresten. Wienerskolan hade med rätta gott anseende. — Där fanns då världsberömda män, som Pirquet, Schick, v. Eiselsberg och Spitzky, den kände ortopeden. Bland internisterna fann man Schlesinger och Wenkebach m. fl.

Sedan flera år hade det varit min önskan att få återse Wien och få kontakt med dess kliniker. I Wien

hade dock på sin tid verkat en av alla tiders främste diabeteskännare, v. Noorden, och kanske kunde det vara möjligt att hans ande ännu hölls levande, i varje fall i den klinik (I. Med. kliniken), som en gång byggdes för honom? — Naturligtvis väntade jag mig inte några sensationer. Kommunikationerna på det medicinska området äro goda nutilldags och i Wien hade krig och ockupation säkerligen verkat hämmande på utvecklingen. Men det är alltid värdefullt att se andra klini-

ker och studera andra folks medicinska problem, även om studiet icke medför påtagliga resultat.

Allt nog: Den 23/3 1956 kl. 8.50 lättade planet från Torslanda och kl. 17 anlände vi till Wiens ännu rätt provisoriska flygplats. Jag hade korresponderat med cheferna för de båda med. klinikerna professor Fellingner och professor Lauda och visste att jag var välkommen. Tyvärr blev det mig icke möjligt att träffa någon av dem personligen då Fellingner var i Italien och Lauda hade influensa.

På Fellingners klinik var man icke speciellt inriktad på diabetes. Man sysslade mest med lungsjukdomar, hjärtsjukdomar och leverns sjukdomar. Diabetesfallen funnos givetvis men voro få. Behandlingen var i den dagliga rutinen som hos oss. Patienterna ville klara sig med en injektion insulin och läkarna ville ge två. Dieten var svårare att reglera i Wien än här hemma då befolkningen i Österrike är inställd på en mycket stor brödkonsumtion. Insulinet var antingen zinkprotamin i en dos på morgonen eller en blandning av NPH och Normalinsulin i 2 doser per dag. Novolente och Ultralente användes undantagsvis. Detta var ju ungefär samma erfarenheter som vi ha här hemma.

På klinik Lauda var man mera intresserad av diabetes. Där finns också dr Behringer, som är en även i Sverige mycket känd diabetesforskare med en betydande kunskap om bl. a. leverns rytmiska funktion. Jag kan gott säga att mina två sammanträffanden med honom var det som gav mig det största utbytet av mitt besök i Wien. Behringer hade just slutat en undersökning om verk-

ningsmekanismen av de nu aktuella diabetestabletterna BZ-55. Att de ha en otvivelaktig effekt i ett stort antal fall av diabetes är säkert. B. framhöll att man mycket väl kan pröva dem även i sådana fall då den sjuke under lång tid använt insulin. Preparatet var bäst i fall som börjat smygande. BZ-55 an-



Det stora pariserhjulet

vändes gärna och såvitt jag kan förstå med framgång i fall där man tvekar om insulin bör sättas in. Lätta diabetesfall alltså. Enligt Behringer så skulle han med viss grad av sannolikhet ha visat att BZ-55 höjer leverns förmåga att lagra upp glykogen.

Även Behringer talade om de stora svårigheterna att förmå wienarna till två insulininjektioner per dag. Han syntes ha kapitulerat inför patienternas intensiva önskan om en injektion och hade tidigare givit zinkprotamininsulin i en dos på morgonen. Under senare tiden hade han övergått till en blandning av semilente och ultralente. Beträffande kosten så framhöll också Behringer den stora svårigheten i att hålla nere kolhydratkonsumtionen. Som regel innehöll diabetesdieten omkr. 175—200 g bröd.

Fetman bekämpade man med växlande framgång. Wienaren blir gärna fet då han numera har någorlunda god tillgång till mat.

Sammanfattningsvis framhöll Behringer beträffande diabetesbehandlingen följande:

- 50 % av klientelet behandlas med enbart diet
- 25 % få P. Z. insulin
- 10 % Semilente, Lente, NPH och Depothormon
- 15 % Diinsulin

Behringer var en mycket angenäm bekantskap. Han var mycket kunnig och mycket hängiven sin forskning. Ja, han hade t. o. m. använt sig själv som försöksdjur och låtit sig leverpunkteras ett flertal gånger under sina experiment.

Behandlingen av graviditeterna hos de sockersjuka skedde icke så systematiskt som i Sverige. Det var

av allt att döma svårt med samarbetet mellan obstetriker och medicinerna. Kontrollen av de diabetes-sjuka skedde i allmänhet på sjukhus och syntes vara tämligen god. Någon regelbunden kontroll av lungorna med skärmbild etc. företogs icke.

Resan fortsatte sedan över Istanbul till Israel där jag under 14 dagar hade tillfälle att följa ronderna på medicinska kliniken på Beilinson Hospital vid Tel Aviv hos den mycket erfarne och kunnige Max Leffkowitz, som före Hitler var en av överläkarna på Rudolph Virchow Krankenhaus i Berlin. — Den tiden var mycket givande på många sätt, men gav knappast något nytt för diabetesbehandlingen. Det hade varit min avsikt att i Italien studera diabetespoliklinikerna, varom mycket ordades vid IDF-kongressen 1955 i Cambridge (G. B.). Detta blev av olika skäl icke av.

Hövlighet är en dygd

Det händer ju fortfarande att folk förväxlar kläderna och personen, och det var just vad den mycket fine herrn i den mycket fina bilen gjorde — berättar danska Ekstrabladet — när han kom in på en villaväg i Rungsted och fann en av huvudstadens förträffliga departementschefer i färd med att klippa häcken. Departementschefen var iförd en lurvig overall och en hatt som onekligen hade sett bättre dagar.

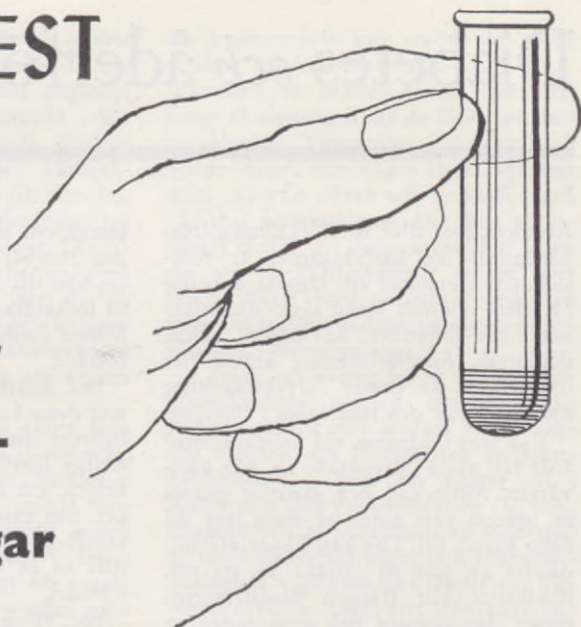
— Hallå, ni där! ropade den fine herrn i den fina bilen i det han stannade för att fråga efter vägen.

— Jag är inte någon »hallå, ni där», jag är en »förlåt min herre», sade departementschefen milt och återupptog sin klippning.

CLINITEST

(BRAND)

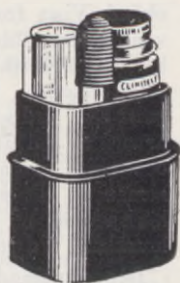
ger exakta
och snabba
urinsocker-
bestämningar



Allt som erfordras för sockerbestämningar i urin finns i CLINITEST-etuiet, som kan användas var som helst, när som helst. De Clinitest reagenter som levereras med detta etui ger ett kopparreduktionsprov med alla reagenser koncentrerade i en enda reagent. Uppvärmning är icke erforderlig, då varje reagent åstadkommer den nödvändiga temperaturförhöjningen. Man lägger endast en Clinitest reagent i provröret med den rätta kvantiteten utspädd urin, inväntar reaktionen och jämför sedan med färgskalan. Clinitest ger snabb, bekväm och pålitlig urinsockerbestämning.

Litteratur kan erhållas från vår representant

När reagenterna i etuiet
är slut — komplettera det
med refill.



AMES COMPANY INC.
ELKHART, INDIANA

Generalagent: AKTIEBOLAGET **MEDA** GÖTEBORG

Diabetes och åderförkalkning

Arterioskleros eller åderförkalkning (förhårdnande av kärlväggarna) är folksjukdomen nummer ett. Den är ansvarig för flera dödsfall bland såväl diabetiker som icke-diabetiker än någon annan dödsorsak. Åderförkalkning kräver fler liv årligen än cancer, olyckshändelser njursjukdomar och tuberkulos i förening.

Vad sker i ådrorna vid arterioskleros? I de fall vi är intresserade av, blir kärlväggen förtjockad och skrovlig genom en process vars natur vi ännu inte till fullo känna till. Det kan liknas vid bildandet av rost på insidan av ett rör. Blodkärlet blir trängre, blodströmmen rinner långsammare, och uppkomsten av blodproppar gynnas.

När det blir en propp i ett av hjärtats egna blodkärl (kranskärl), stänger den av blodtillförseln till en del av hjärtmuskeln och orsakar en hjärtattack. Om blodproppen uppstår i ett blodkärl som försörjer en del av hjärnan, åstadkommer den ett slaganfall (eller propp i hjärnan). Ibland kan slaganfallet i stället orsakas av en bristning av kärlväggen som resulterar i en hjärnblödning (blödning i hjärnan).

Åderförkalkningens orsak är ännu okänd. Vissa former av den äro ytterst vanliga hos äldre personer, så att den har blivit betraktad som en »normal» följdföreteelse till åldrandet liksom grått hår. Vad som talar mot denna teori är att en del äldre personer ha ytterst obetydliga förändringar i sina blodkärl, medan ett allt större antal människor få kärlsjukdomar, i synnerhet i hjärtats kranskärl, vid relativt ung ålder.

Den nuvarande tendensen är att betrakta åderförkalkningen inte som ålderdomens oundvikliga arvedel, utan som en sjukdom i sig själv en glädjande syn-

punkt, om man tänker rätt på saken, ty den innebär att om man lyckas finna orsaken till åderförkalkningen, kan den bli förhindrad, eller behandlad och botad. Många forskare äro sysselsatta på detta område.

Det kanske mest lovande uppslaget, som dessa forskare kommit med, är möjligheten att det existerar ett samband mellan åderförkalkning och blodets fettämnen. Ett av dessa ämnen är kolesterinet, som existerar både i fri form och i komplexa molekyler, s. k. lipoproteiner. Alla ha en viss mängd av dessa ämnen i blodet.

För många år sedan fann man att sjuka blodkärl innehöll likadana fettämnen som de som finnas i blodet. Man antog då helt naturligt att fetterna i kärlväggarna hade kommit från blodet. Det låg då nära till hands att anta att människor som få åderförkalkning måste ha ett överskott av blodfett eller kolesterolin som avsatts på kärlväggarna.

Experiment med kolesterolin

Innan man hade goda kemiska metoder att pröva denna teori, fann en forskare att kaniner som matats med kolesterolin fingo en kärlsjukdom liknande den hos människor. Man har sedan utfört lyckade experiment av samma slag med hundar, råttor, marsvin, hamstrar och kycklingar.

Dessa viktiga observationer visa tydligt att kolesterolin i ytterst stora mängder kan förstöra blodkärlet hos ett djur. Har det samma effekt hos människan? *Inte nödvändigtvis!*

Först och främst är människan olik djuren, och det finns inget bevis på att hon skulle reagera på samma sätt för kolesterolin som de. För det andra är den

mängd av kolesterin i blodet som behövs för att åstadkomma arterioskleros hos djur mycket större än man någonsin funnit hos människor, normala eller åderförkalkade. För det tredje är den experimentellt framkallade kärlsjukdomen hos djur visserligen lik den hos människan, men många patologer tro ändå inte att den är densamma. Olyckligtvis — eller lyckligtvis, beroende på vars och ens standpunkt — låter det sig inte göra att uppföda män och kvinnor på tillräckligt mycket kolesterin under en tillräckligt lång tid för att avgöra frågan genom experiment.

Under de senaste tio till tjuo åren har utvecklandet av pålitliga metoder att mäta kolesterin och andra blodfetter öppnat en ny möjlighet att nalkas problemet, som är mera praktiskt ehuru fortfarande långt ifrån idealiskt. Dessa metoder göra det nu möjligt för vetenskapsmännen att besvara — eller söka besvara — sådana frågor som »Är det sant att personer med åderförkalkning ha mera fett i blodet än normala människor?» Och, lika viktigt »Är personer med normala mängder blodfett fria från arterioskleros? Och om man äter en fettrik diet, ökas då möjligheten att få hårdnade artärer?»

Måste man, med ett ord sagt, välja mellan ett långt liv och smör?

En mängd forskare äro sysselsatta med dessa problem, och nya rön göras nästan dagligen. De slutsatser man hittills kommit fram till äro emellertid inte så klart bevisade som man skulle önska. Det är dock inget tvivel om att, i *allmänhet*, människor som bevisligen ha åderförkalkning, ha mera blodkolesterin och andra fettämnen än personer utan synbar åderförkalkning.

Luckorna i vårt vetande

Denna regel gäller dock endast i allmänhet, och det finns många människor med t. ex. kranskärlssjukdomar, vars mängd av blodfett är alldeles normal. Detta innebär att onormalt stora mäng-

der blodfett inte kan utgöra den enda orsaken till kärlsjukdomar.

Studera vi istället friska individer, finna vi visserligen att de flesta av dem ha normala kvantiteter kolesterin och lipoproteiner, men några få ha abnormt stora mängder därav och ha ändå ingen påvisbar arterioskleros. Det kan naturligtvis tänkas att dessa människor komma att få kärlsjukdomar senare. Det skulle säkert vara av stort värde om man kunde följa sådana personers hälsotillstånd i fortsättningen.

I fråga om dieten ha en grupp Minnesotaforskare nyligen studerat olika folks matvanor och jämfört med mängden blodfett och förekomsten av hjärt-kärlsjukdomar. Man har funnit att i länder med hög fettkonsumtion (U. S. A., England och de skandinaviska länderna) är blodkolesterinet högre och kranskärlsjukdomar vanligare än i länder där dieten innehåller föga fett (de fattigaste delarna av Italien och Spanien samt Orienten). Förmodligen har dock jäktet och hetsen i de nordiska folkens levnadsvanor jämfört med de sydländska folkens lika stor skuld till hjärtkärtsjukdomarna som dieten.

Bör vi alltså äta så litet fett som möjligt för att skydda våra blodkärl? Ja, man bör undvika ett övermått av fett. Å andra sidan är en mycket fettfattig diet svår att sköta, föga smaklig och kan vara direkt skadlig. En måttlig inskränkning av fettdieten, utan överdrifter, är nog det säkraste sättet.

Varför diabetiker är mottagliga

Hur förhåller sig nu de sockersjuka i detta fall? Av vad ovan sagts framgår klart att de ingalunda ha något monopol på arterioskleros. Men tyvärr är de mera mottagliga än icke-diabetiker. Sockersjuka få åderförkalkning två à tre gånger så ofta som folk i allmänhet, och allvarlig arterioskleros i benen många gånger oftare.

En egendomlighet hos diabetesen i detta sammanhang är den roll som könet

spelar. Bland icke-diabetiker är hårdnandet av hjärtats och benens blodkärln många gånger vanligare hos män än hos kvinnor, i synnerhet när de senare är i barnafödande ålder. Men bland diabetiker är denna komplikation lika vanlig hos kvinnor som hos män.

Dessa fakta ha framkallat den tanken att det kvinnliga könshormonet kanske skyddar icke-diabetikern mot arterioskleros. (Det är för resten intressant att blodlipoproteinmönstret hos unga män inte är detsamma som hos unga kvinnor). Men varför det kvinnliga könshormonet inte skulle skydda en diabetiker är ett mysterium, ty så vitt vi vet är mängden och aktiviteten hos detta hormon — utom möjligen under havandeskapet — densamma hos diabetiska kvinnor som hos ickeddiabetiska. Mer forskning är erforderlig på detta område.

Om vi bortse från frågan om kön, som ju endast är en liten detalj av problemet, varför få diabetiker lättare arterioskleros än andra? Två orsaker kan tänkas: (a) Tendensen till arterioskleros kan vara ärftlig, liksom den är till diabetes, och dessa två tendenser kan ärvas från generation till generation. (b) Det kan tänkas att sockersjukan själv har någon egenskap som förstör blodkärln. Logiskt sett borde man kunna tänka sig en tredje möjlighet, nämligen en kombination av (a) och (b).

Det finns dock inga säkra bevis för att arterioskleros, diabetisk eller annan, är ärftlig, även om de flesta erfarna läkare kunna peka på familjer, hos vilka dödsfall av slag eller hjärtproppar synas vara vanliga. I varje fall har det icke kunnat bevisas att sådan ärftlighet *icke* existerar. Frågan om ärftlighet som orsak får väl ännu så länge lämnas öppen.

Allmänna iakttagelser

Om den större mottagligheten för åderförkalkning är ett resultat av sockersjukan själv, så borde följdriktigt patienter som haft sin sjukdom länge oftare få den och i svårare form än de som

endast haft den en kort tid, de med svårare sockersjuka snarare än de med lätt, och de som försumma dess skötsel snarare än sådana med noga kontrollerad sjukdom.

Läkare anse också i allmänhet att en lång sjukdomstid är den viktigaste faktorn för uppkomsten av arterioskleros. Denna är nämligen sällsynt hos personer som haft sin sjukdom endast i fem à tio år, men blir efter denna tidpunkt allt vanligare. Det finns dock patienter som haft sockersjuka både tjugo och trettio år utan att ha den minsta kärlnskada, och detta bör vara en uppmuntran för alla sockersjuka. *Åderförkalkning är icke oundviklig!*

Huruvida kärlnförändringarna bli värre vid svår, dåligt kontrollerad diabetes än i de lindriga fallen med föga eller intet urinsocker är en synnerligen omstridd fråga bland medicinmännen. Det är endast under de senaste åren som vi ha kunnat samla fakta som börja kasta ljus över detta problem. Dessa undersökningar visa att på det hela taget förändringar i blodkärln äro vanligare och mera allvarsamma hos patienter med svår och dåligt skött diabetes. Men det finns anmärkningsvärda undantag.

Somliga patienter, som i många år haft mycket urinsocker, tycks ha undgått skada, medan andra med lindrig och väl skött diabetes visa tecken till åderförkalkning. Det är dessa senare fall som komma oss att undra om diabetesen verkligen ensam bär ansvaret och om inte tendensen till arterioskleros kan vara ärftlig och länkas samman med den ärftliga sockersjukan.

Nuvarande forskning

Lång varaktighet av sockersjuka predisponerar med all säkerhet för åderförkalkning, liksom troligen även svår, dåligt skött sockersjuka gör. Då uppstår frågan, vad hos diabetesen som åstadkommer detta.

En möjlighet är naturligtvis det höga blodsockret. Egendomligt nog har man

aldrig kunnat bevisa, varken hos människa eller djur, att ett överskott av blodsocker, sådant man finner det hos diabetiker, skadar blodkärlen. Nyare forskning har påvisat att stora komplexa partiklar av äggviteämnen och olika sockerarter finnas i blodet i större mängder hos diabetiker med arterioskleros än hos patienter utan denna rubbning, men släktskapen mellan dessa partiklar och vanligt blodsocker (glykos) är tvivelaktig.

En annan möjlighet är naturligtvis blodfetterna, såsom kolesterol och lipoproteiner. Man har i många år känt till att somliga diabetiker ha en mycket hög kolesterinhalt, och då har man helt naturligt sammanställt detta med det faktum att diabetiker ha en större tendens än andra att få arterioskleros.

Man har emellertid nu funnit, att även om de flesta alldeles oskötta och många dåligt skötta diabetiker ha ett överskott av kolesterol och andra fetter, ha välskötta diabetiker föga om ens något kolesterol mer än icke-diabetiker. Och eftersom arterioskleros kan uppkomma hos somliga diabetiker trots god skötsel, är det tydligt att kolesterol inte är hela svaret på problemet.

Om vi vända på problemet: har diabetikern med arterioskleros mera fett i sitt blod än den som är utan arterioskleros? I allmänhet. Ja, alldeles som hos icke-diabetikerna. Men det finns många undantag. Hos en forskare hade 78 procent av diabetikerna med högt blodfett svår arterioskleros, men 22 procent hade endast obetydlig kärlsjukdom eller ingen alls. Omvänt: av diabetiker med normalt blodfett hade 40% svår arterioskleros och 60% obetydlig eller ingen alls.

Återigen se vi att det finns ingen *beständig* relation mellan blodfetter och hårdnande av artärer.

Ögon och njurar

En diskussion om arterioskleros vid diabetes kan ej bli fullständig utan att man nämner ögon och njurar. I dessa

organ angriper diabetesen inte så mycket artärerna som deras fina förgreningar, kapillärerna. I ögonen är det näthinnan som kan bli säte för små blödningar som ibland kan försämra synen. I njurarna kan bli skador, så att njurens funktion försämrats.

Nästan allt som vi sagt om arterioskleros kan också sägas om ögon och njurar. De kan vara mottagliga på grund av ärftlighet, men vi vet inte hur därmed förhåller sig. De angripas i regel endast när sockersjukan varat länge, och mer vid svår, vanskött diabetes än vid mild, välskött, ehuru undantag finnas från bägge reglerna.

En sjukdom i ögon och njurar liknande den man ser hos diabetiker har man nyligen kunnat framkalla hos djur genom att använda cortison, ett binjurehormon. Denna iakttagelse, liksom andra som man gjort hos människor, har tolkats så att diabetiker som få dessa komplikationer, ha alltför verksamma binjurar, och man har försökt motverka komplikationerna genom att ta bort dessa körtlar. Resultaten ha emellertid hittills inte varit särskilt uppseendeväckande, och proceduren måste betraktas såsom endast ett experiment.

Sammanfattning

Orsaken till åderförkalkning hos både diabetiker och icke-diabetiker är okänd. Man misstänker blodfetterna, men med all säkerhet äro de inte de enda brottslingarna. Följaktligen är en mycket sträng inskränkning av fett i dieten inte tillräddig, men en *mättlig* fettinskränkning är säkerligen välbetänkt.

Den som länge haft sockersjuka har alltså större möjlighet att få arterioskleros och förändringar i ögats och njurarnas kapillärer. Dessa förändringar uppträda huvudsakligen hos dem som länge ha vanskött sin sjukdom, men det finnes även fall där de uppträtt vid mild, välskött diabetes eller uteblivit vid mycket långvarig diabetes.

(Forts sid 28)

SOCKER SJUKA BARN



Vid möte i Föreningen för Sockersjuka i Örnköldsvik med omnejd har lasarettsläkare B. H. Hesselman hållit föredrag om Barn med diabetes

— Sockersjukan drabbar vanligen personer, som kommit över 40 år. I en del fall kan åkomman emellertid drabba barn och inom Örnköldsviks lasarettets upptagningsområde finns c:a 30 barn under 15 år, som har diabetes. Av dessa har tre stycken fått sjukdomen så tidigt att de ännu inte fyllt ett år. Lasarettets upptagningsområde omfattar 90.000 personer och sockersjuka hos barn uppträder således i c:a ett fall av 3.000 medan totala antalet sockersjuka i landet torde röra sig om 10—12 per 1.000 invånare.

Det är mycket vanligt att sockersjukan utlöses av en infektion eller dylikt även om dispositionen för sjukdomen är ärftlig. Hos äldre personer ger den sig ganska långsamt tillkänna så att det kan dröja avsevärd tid innan sjukdomsbilden förmår patienten att söka läkare. Hos barn däremot kommer sockersjukan ofta snabbt och tillståndet

kan ganska snart bli kritiskt. Det är därför viktigt att barnen fort kommer under läkarvård.

När läkaren börjar behandlingen tar det alltid någon tid att ställa in insulinet på rätt dos. Sjukdomen är ofta litet varierande under det första året, men därefter brukar den ha stabiliserat sig. Det kan också hända att den första tidens behandling kräver ganska stora insulin-doser, men att behovet av dessa så småningom avtager. Detta bör dock icke inleda föräldrarna i frestelse att tro att sjukdomen skall läka ut. Något sådant inträffar nämligen så ytterligt sällan att det saknar praktisk betydelse. Både föräldrar och barn bör i stället acceptera sjukdomen och ställa in sig på att den är ett besvär, som barnet får dragas med under hela livet. Föräldrarna bör också tänka på att sockersjuka barn med nuyarande behandlingsmetoder vanligen växer upp utan

att på något väsentligt sätt skilja sig från andra barn.

Man har ofta iakttagit att insulinbehovet hos barn blir mindre under sommaren. Orsakerna härtill är inte helt klarlagda men det har framkastats förmodanden att de har med barnens större rörelseaktivitet på sommaren eller det bättre tillgodosedda vitaminbehovet att göra. Man har funnit att psykiska påfrestningar, som t. ex. en examen, kan orsaka att insulinbehovet ökar. Annars är det också vanligt att insulin dosen måste ökas när barnet blir äldre. Detta är dock icke något att oroa sig för och betyder absolut inte att sockersjukan förvärrats.

I Stockholm och andra städer, där det är ganska lätt att besöka sjukhuset, är det vanligt att barnen kontrolleras hos läkaren tre à fyra gånger per år. Detta ställer sig ibland svårt i våra trakter, där avstånden till lasarettet ofta är långa. Här får läkarbesöken i stället i viss utsträckning ersättas med kontroller genom insända prov. Detta är en mycket viktig del av behandlingen och särskilt viktigt är att föräldrarna söker kontakt med läkaren om barnet drabbas av någon svårare infektion. Vid sådana tillfällen kan det nämligen vara svårt att balansera sockersjukan och barnet kan då även lättare råka ut för »syror».

Barn har lättare att få insulin-känningar än vuxna diabetiker. Känningarna är visserligen inte direkt farliga men bör undvikas. Det går dock ej att helt förhindra att barn får sådana känningar, men detta har mindre betydelse om de blott stoppas i begynnelsen, vilket är lätt gjort med hjälp av litet socker.

Innan insulinet upptäcktes i början av 1920-talet kunde en del äldre diabetiker någorlunda klaras med hjälp av en sträng diet. Detta var vanligen icke fallet med barnen, utan dessa dog efter varierande sjukdomstid. I och med insulinets tillkomst som behandlingsmedel blev möjligheterna att rädda barnen större. På 30-talet kom man fram till att man med hjälp av insulin kunde ge barnen en ganska fri kost. Denna behandlingsmetod användes nu vid lasarettet i Örnköldsvik. En del läkare håller före att den friare dieten under barnåren kan få betalas med ökad frekvens av komplikationer under senare år, men detta har ej kunnat fastläggas. Ur psykologisk synpunkt är det därför bättre att barnen får hålla en ganska normal matordning och inte behöver skilja sig så mycket från sina kamrater och syskon i detta avseende. Dessutom är det då lättare att förhindra att barnet stoppar i sig en mängd sötsaker bakom ryggen på föräldrarna. Naturligtvis bör dock särskilt de sockersjuka barnen förskonas från den söta lyxkonsumtion, som tyvärr är allt för vanlig i vårt land.

På senare tider har man i tidningarna ofta sett ett nytt medel i tablettform mot sockersjuka omtalas, det s. k. BZ 55. Enligt den erfarenhet man hittills hunnit skaffa sig av detta nya medel visar det sig ha ganska god effekt vid vissa sorters diabetes hos äldre personer. Tyvärr har det dock icke visat sig vara verksamt vid sockersjuka hos barn. Man får emellertid hoppas att forskningen skall fortsätta att gå framåt och till slut lyckas lösa sockersjukans problem.



SOMMARKOLONI

för sockersjuka barn på Viggbyholmsskolan

Vid stiftelsen Viggbyholmsskolan (15 km från Sthlm) har stockholmsföreningen sin sommarkoloni för sockersjuka barn. Här får dessa under några härliga sommarveckor njuta av ett friskt och hälsosamt liv.

Inkvarteringen är förlagd till ett av skolans annex. Man äter i skolans trevliga och ljusa matsal tillsammans med ferieläsande skolungdomar.

En dag i juli besökte DIABETES red. kolonien. Det var inte svårt att hitta den där den låg vackert inbäddad i högsommargrönskan. Det var med saknad vi senare återvände till staden.





Ibland när det är tråkigt att leka hemma på kolonien går man en promenad i omgivningarna. Här finns så mycket att titta på: fåglar i skogen och hästar nere i hagen. Där finns också kor och bonden har en katt som nyss har fått små söta ungar.

Tältet på gården är bra att ha när man leker indianer och vita eller när fotografen vill arrangera en trevlig bild för sin tidning. — »Skriv att vi stortrivs, för att det gör vi», sade pojkarna på bilden.





Tur att ingen ser oss



Från bryggan en solig sommardag

Klara fakta om

SUCARYL

Det VÄRMEBESTÄNDIGA
sötningsmedlet
UTAN NÄRINGSVÄRDE

(Cyklamatnatrium, Abbott)

● *Vad det är:* SUCARYL är ett sötningsmedel utan näring, användbart vid tillagning av sockerförbjuden dietmat för diabetes- och fettsotpatienter. Dess funktion är att åstadkomma önskad sötma utan tillskott av kolhydrater och därmed underlätta för patienterna att hålla stränga dietföreskrifter. SUCARYL är värmebeständigt, vilket gör det användbart vid kokning, bakning, konservering och djupfrysning utan att det därmed förlorar sin sötma. Följden härav är att SUCARYL har vidsträckt användbarhet vid matlagning. SUCARYL har sockerliknande sötma och efterlämnar vid ordinarie bruk ingen bitter eller metallisk eftersmak.

● *I två former:* SUCARYL finns numera i både natrium- och calciumform. De praktiska, skummande SUCARYL natriumtabletterna på ett åttondels gram finns i glas om 100 och 1.000 stycken. SUCARYL calcium sötningslösning, en nyuppfunnen natriumfri form för strikt saltdiet, finns i för hushållsbruk praktiska flaskor om 120 ml.

● *Rekommenderat bruk:* När SUCARYL intages i normala mängder förekommer ingen upplagring av det i kroppen eller några toxiska verkningar.

Patienter på strängt saltfattigt diet böra emellertid använda calciumlösningen. Calciumformen av SUCARYL har lägre tröskel för bitter smak, förnimbar i vissa födoämnen när proportionen uppgår till 0,5 procent, jämfört med omkring 0,8 procent för natriumformen. Båda formerna äro lika bra vid ordinarie bruk.

ABBOTT LABORATORIES SKANDINAVISKA AB

Lindhagensgatan 132 — STOCKHOLM — Telefon 52 02 55

FINNES ATT KÖPA PÅ ALLA APOTEK

Arbetsvård

en ny social faktor

I avsikt att i någon mån ge läsarna en uppfattning om vad den statliga arbetsvården utträttar i samarbete med fungerande sociala institutioner, har denna artikel kommit till. Författaren Lars-Arne Strandell är arbetsvårdsassistent vid arbetsförmedlingen i Stockholm.

Den första direkta kontakten med sjukdom som en ond företeelse fick jag i en korridor i S:t Mary Hospital i Shanghai. Den dagen kommer jag aldrig att glömma. Bredvid sitter — jag ser honom ej genom den vita bindeln — en annan patient från samma sjukhus. Han heter Sammy, är sockersjuk och har fått ögonkomplikationer. Sammy har blivit blind. Tro mej, från den dagen förstod jag, att sjukdomen är en *ond* företeelse. Visst hade jag tidigare sett spetälska, krymplingar och krigsinvalider, men aldrig upplevat sjukdomen — i detta fall blindhet — som en så skrämmande realitet. Sammy försvann ur min värld, men jag låter hans vänliga ansikte åter vända sig mot mig, när jag går att på ett mera oromantiskt sätt redogöra för vissa synpunkter på de partiellt arbetsföra och samhället.

Jag nämnde termen *partiellt arbetsföra*. I den statliga kommittén för partiellt arbetsföra, den s. k. Kjellman-kommittén, har den benämnts som partiellt arbetsföra, »vilken på grund av fysiska eller psykiska arbetshinder eller social belastning har eller väntas få svårare än andra att erhålla och be-

hålla ett förvärvsarbete». Detta innebär i sin strängaste konklusion, att varje person kan sägas vara partiellt arbetsföra i den meningen, att den inte skulle kunna försörja sig i vilket arbete som helst utan endast i en del av de arbetsuppgifter, som förekommer i samhället. I en skrift: »Selective Job Placement», som utkom i New York 1946, påvisar den amerikanske forskaren Tobias Wagner,

att med avseende på de normalt arbetande, ingen direkt skillnad kan påvisas i deras arbetseffektivitet,

att den partiellt arbetsföra, rätt-placerad, så att skadan inte hindrar arbetsprocessen, är i allmänhet mera effektiv än normalarbetskraften,

att när en partiellt arbetsföra utför ett arbete, som är identiskt eller starkt påminner om tidigare arbetsförfarenheter, är denne i allmänhet överlägsen den normalarbetande,

att den partiellt arbetsföra i allmänhet under det första året på en bestämd arbetsplats är överlägsen den normale men att den förstnämnde efter en tid blir överlägsen och ökar sin överlägsenhet

allt under förutsättning av korrekt placering,

att olycksfallsfrekvensen — hur egendomligt det än låter — hos partiellt arbetsföra är lägre än hos den normala arbetskraften. Däremot är omfånget av varje skada större,

att frånvarofrekvensen nästan utan undantag är mindre än hos normalarbetskraften.

Alltför vittgående slutsatser får givetvis inte dragas av anförda undersökningar men den torde ge en klar bevisning för det orättmätiga i den på många håll alltjämt rådande missuppfattningen om de partiellt arbetsföras underlägsenhet i produktionslivet. Under åren efter andra världskriget med överfull sysselsättning i Sverige har de

partiellt arbetsföra i många fall genom sin ambition, uthållighet och arbetsförmåga vederlagt denna gängse åsikt. Men kommer de att hävda sig i konkurrensen i händelse av en vikande konjunktur? Har de statliga och kommunala myndigheterna i så fall resurser att tillfredsställande klara de problem, som då skulle uppstå för de partiellt arbetsföra?

Jag hoppas, att ingen tror, att någon kan ge ett fullt betryggande svar på den förstnämnda frågan. Det är först som sist ett arbetsmarknadsproblem, vars lösning förutsätter en intim samverkan mellan arbetsmarknadens organisationer och näringslivet i övrigt. Samhällets allmänna sysselsättningspolitik har därför en utom-



CYKRETS

»MESON«

CYKRETS »Meson« det kalorifria sötningsmedlet rekommenderas åt diabetes- och dietpatienter och andra, som skola leva på kalorifattig kost.

Personer, som äro ålagda att använda saltfri kost, böra först rådfråga läkare.

CYKRETS »Meson« har många goda egenskaper: Sötman är utan bismak.

Medlet är värmebeständigt — tål kokning, bakning, stekning och konservering.

Det är giftfritt.

För smakens skull bör man inte använda starkare lösningar än 0,8 % (alltså maximum 64 tabletter till 1 liter vätska). Detta motsvarar cirka 25 % socker.

Förpackningar och priser:

Glas om 50 tabletter kr. 1: 80

Glas om 100 tabletter kr. 3: 35

CYKRETS »Meson« säljes på apotek och i ledande livsmedelsaffärer

AKSJESELSKAPET
MESON

TRONDHEIM

ordentlig betydelse för de partiellt arbetsföra.

På den andra frågan vill jag försöka att så kortfattat som möjligt ge en skiss över de åtgärder, som framförallt de *statliga* myndigheterna redan nu vidtagit för att tillskansa de partiellt arbetsföra en rättvisare position i konkurrensen om arbetstillfällena på den öppna marknaden och den apparat som är under utbyggnad för att bemästra de partiellt arbetsföras problem.

Någon har kanske stött på ordet *arbetsvård* och måhända undrat vad ordet innebär och betyder. Däri är numera inrymt alla de åtgärder av *förberedande* eller *direkt* art, som kan anses nödvändiga för att inlemma en partiellt arbetsför i produktionslivet. Arbetsvårdens olika »hållplatser» till detta mål är enligt direktiven av den nyssnämnda av Kungl. Maj:t år 1943 tillsatta *Kommittén för partiellt arbetsföra*:

sysselsättningsterapi,
arbetsterapi,
arbetsprövning och arbetsträning,
yrkesvägledning,
yrkesutbildning,
arbetsplacering under normala villkor,
arbetsplacering under speciella villkor.

Bristen på samordning mellan sjukvård, socialvård och arbetsvård håller på att avlägsnas. Att göra steget mellan sjuksängen och arbetsplatsen (den gamla eller den nyanskaffade) så kort som möjligt är rehabiliteringens mål.

Socialvårdens medverkan i rehabiliteringen är absolut nödvän-

dig. Det går inte att bedriva effektiv sjuk- och arbetsvård, om patienten skall oroas av ekonomiska bekymmer.

De partiellt arbetsföra utgöres av en synnerligen heterogen grupp i samhället. Dessa är:

Rörelsehindrade (arthrit, reumatiker, poliofall, spastiker m. fl.),
hörseldefekta samt dövstumma, syndefekta,
lungtuberkulösa,
psykiskt sjuka eller nervklena,
andra sjuka (såsom hjärtskada-
de, sockersjuka, skullskadade,
förgiftade m. fl.),
socialt missanpasade
(såsom straffade m. fl.),
alkoholskadade,
överåriga,
andra arbetshindrade (såsom
änkor, ensamstående kvinnor
med barn m. fl.).

Partiellt arbetsföra behandlas alltså i första hand som *vanliga* arbetssökande och betjänas därför först av den arbetsförmedling, som de ur yrkes- och hemortssynpunkt tillhör. Endast när det visar sig nödvändigt med extra åtgärder för en definitiv arbetsplacering, påkopplas arbetsvårds-expeditionen för att söka undanröja aktuella hinder för arbetsplacering. Nämnda ordning innebär en direkt tillämpning av den *normaliseringsprincip*, som ligger till grund för den statliga arbetsvårdens inriktning och utformning och som tar sikte på att — som det heter — »i görligaste mån inordna de partiellt arbetsföra i det ordinarie system av sociala tjänster, som är under utbyggnad i vårt land».

För diabetiker
och alla andra
som måste
undvika socker



Nytt syntetiskt sötningsmedel, som framför allt är indicerat vid diabetes och adipositas. Det rekommenderas sådana patienter, hos vilka man önskar inskränka kaloritillförseln och minska kolhydratomsättningen. Följaktligen är Assugrin särskilt lämpligt som sötningsmedel även vid avmagringskurer.

Absolut oskadligt och förorsakar varken matsmältningsbesvär eller andra obehag.

Tål kokning, bakning och nedfrysning och kan därför användas vid tillredning av alla slags maträtter och drycker.

Ger ingen bismak, varför maträtter sötade med Assugrin gärna ätes även av dietpatienternas anhöriga. Husmodern slipper därför besväret att tillreda specialrätter.

Praktisk fickförpackning med 50 tabletter Kr. 1.65
Glas » 500 » » 12.40
» » 1000 » » 22.50

Försäljes på apotek och i färghandel.

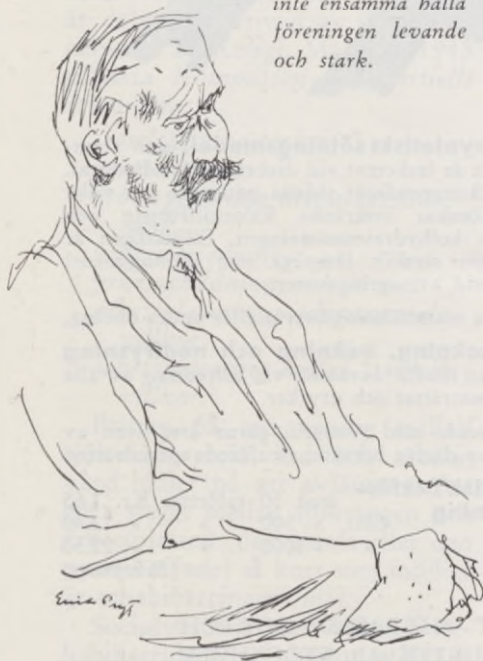
(Riktpriser)

AKTIENGESELLSCHAFT »HERMES», ZÜRICH
Repr. i Sverige: CIBA PRODUKTER AB, STOCKHOLM

DIABETES har erhållit tillstånd att publicera nedanstående utdrag ur Torsten Eliassons bok »Moderna Möten» utgiven på Tidens Förlag. Boken är full av nya synpunkter och tips på föreningslivet och är utan tvivel av stort värde för den, som vill förnya och modernisera våra mötesformer.

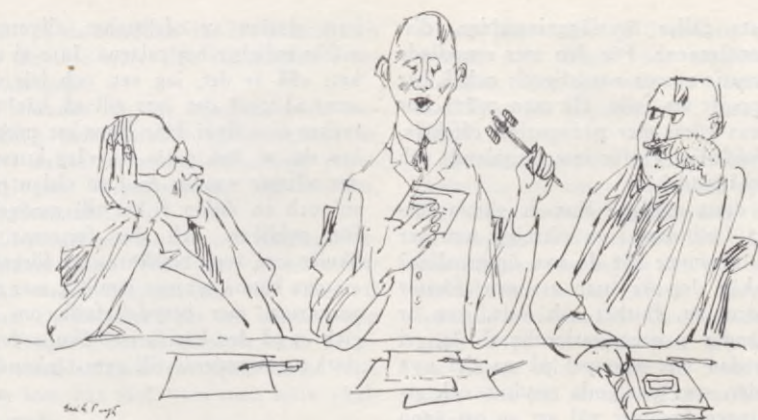
MODERNA MÖTEN

Det finns alltid en liten skara trogna, som kommer, oavsett mötets kvalitet. Men de kan inte ensamma hålla föreningen levande och stark.



Låt oss titta på formerna för vårt mötesliv! Med mycket liten överdrift kan man säga att de är helt oförändrade allt sen rörelsens barndom. Och det måste vara galet, både därför att situationen förändrats till oigenkännlighet sen dess, och därför att vi ändå gjort en del nya rön — inom psykologi, socialpsykologi och pedagogik — sen slutet på 1800-talet.

Några exempel: Det vanliga, det traditionella mötet kännetecknas bl. a. av följande. Under *mötesförhandlingarna* är det främst — ibland enbart — presidiet, dvs ordföranden, kassören, sekreteraren plus den föredragande som agerar. Av en del föreningsaktiva uppfattas detta t. o. m. som ett ideal, »förhandlingarna går smidigt». *Föredraget* kommer alltid att ha sin plats i möteslivet, men det är dock ett enmansuppträdande. Talaren bör inte bli avbruten, enligt gängse betraktelsesätt. Publiken sitter tyst och iakttar god mötesordning. Inga frågor, ingen opposition under föredragets gång. Så kommer diskussionen. I värsta fall blir den inte av. Ingen vill säga något. I de lite bättre fallen blir det några få, de mest erfarna »möteshästarna», som deltar. Den stora massan av publiken sitter tyst och passiv. Här säger den obotfärdige: »Ja, men det är deras eget fel, ordet är fritt.» Den obotfärdige morali-



Presidiet på styva linan

serar, och det är farligt för tänkandet. Han sätter över huvud inte ifråga att felen kan ligga i formerna. För honom är det hädelse att antyda att formerna kanske är för stela, för lite stimulerande till medverkan, med ett hårt ord: för auktionära. — Enmansföredraget blir alltför ofta enformigt, entonigt, alltför lite dramatiskt och omväxlande. Det skapar också som regel för lite kontakt talare — publik, för lite samspel. Man sitter och tittar framförvarande i nacken.

takt, gemenskap, samhörighet, samspel och hemkänsla i gruppen är rotat hos oss. *Pedagogiken*: Hur mycket bättre man lär sej genom att göra än genom att lyssna, och hur starkt tillägnelsen stimuleras av att man aktivt får spela med, får pröva sina egna krafter. Av dem alla plus *antropologin* och *sociologin*: Att de hinder för aktivitet och samverkan, som man stöter på i den besvärliga verkligheten, inte är medfödda, outrotliga utan miljöbetingade och följaktligen åtkomliga, möjliga att lösa upp.

Varför passar det inte längre?

Möten av denna typ har allt mindre förutsättningar att appellera till nutidsmänniskor, som på andra områden fått tillfälle till självverksamhet, som fått så många nya chanser till aktiva sysselsättningar och som vant sej vid t. ex. radions omväxling, filmens åskådlighet, studiecirklarnas samverkan och kontakt.

Detta om den bristande överensstämmelsen mellan de gamla formerna och den nya situationen. Så ett par ord om de nya rönen, i ett nötskal. Vad har de lärt oss? *Psykologin*: Hur starkt behovet av självverksamhet, självförverkligande, självhävdelse är hos oss alla. *Socialpsykologin*: Hur starkt behovet av kon-

Att bara lyssna — eller medverka?

Man kan också uttrycka konflikten på ett annat sätt. På mötet har vi *publik*. Vad ska publiken göra enligt det synsätt vi tyvärr lagt oss till med? De ska lyssna, titta, ta emot. I organisationen har vi *medlemmar*. Vad ska de göra? De ska ta ansvar, diskutera, överlägga och samverka för gemensamma syften. Det går inte ihop. Vi måste bryta med det passiva »publikbegreppet» och finna former för att engagera mötesbesökarna, göra dem till meddagerande. Både för att det är effektivare, i betydelsen trivsammare, roligare, och för att det är mera demokratiskt.

Detta gäller överläggningssidan, diskussionsämnen. För den mer renodlade *information*, som naturligtvis också har en uppgift att fylla, får man pröva hur den kan göras mer pedagogiskt effektiv, mer åskådlig. Varför inte fängslande och underhållande?

Är detta möjligt? Kan de gamla formerna förändras i en riktning som ger större utrymme för de nya önskemålen? Och kan det ske utan att man förstör den ordning, fasthet och reda, som är nödvändig i organisationslivet? Ja, vi har redan sett exempel på en del nya metoder, som gett goda resultat, och utvecklingen kommer väl att ge oss ännu flera, när man bara *vågar börja experimentera*. Det kan här knappast bli mer än några antydningar, några rubriker, som ger vissa föreställningar efter vilka linjer strävandena kan gå.

En ny föreläsarstil

Man kan börja med att ställa några alternativ till den vanliga föreläsarstilen, *formen för anföranden*. Där har idealet länge varit vältalaren, »kulturknuten», som i välklingande och välformulerade perioder strör ut av sitt vetande, ibland dramatiskt, starkt personligt, ibland värdigt, högtidligt, som en präst i en kyrka. Han bör inte avbrytas. Kastar han ut några frågor, är de närmast retoriska.

Borde inte i stället den moderne talaren mer eftersträva enkelhet, vardaglighet, samtalston, ledighet och naturlighet? Stimulerar han inte mycket mer till tankeverksamhet och delaktighet hos publiken genom att ställa problemen, ange alternativ, sätta frågetecken, försöka få i gång replikskiften både genom att själv ställa frågor och sporra *lyssnarna* till att avbryta, fråga, opponera? Över huvud måste vi sträva efter att ta

bort glorian av ofelbarhet, allvetenhet, märkvärdighet hos talarna. Inte så mycket: »Så är det, jag vet, och hör sen!» som: »Ligger det inte till så här? Vad tycker ni själva? Här finns ett problem, hur ska vi lösa det?» På våra kurser är det alltmer vanligt med en sådan talarstil och en sådan frihet till medverkan för publiken, och det fungerar bra. Skulle inte även besökarna på föreningsmötena känna sej mer jämlika, mer medansvariga, mer betydelsefulla om man gick in på den här linjen? Skulle de inte starkare stimuleras till eget tänkande?

Alternativ till enmansföreläsningen

Idén kan byggas ut på flera sätt. Styrelsen kan i förväg ställa samman eller bland medlemmarna samla ihop en rad frågor på ett visst ämnesområde, som en talare ska belysa. De kan delas ut i förväg, som förberedelse, eller efteråt som tips för diskussionen. Eller kan man helt gå över till *intervjuformen*, där hopsamlade frågor från medlemmarna i tur och ordning ställes till talaren, av en särskild intervjuare, eventuellt en grupp medlemmar, eller av hela publiken. Fördelar: omväxling, man får svar på just det man önskar, publiken, eller i varje fall fler än föreläsaren själv, får vara aktiva. Det är naturligtvis besvärligare för föreläsaren, men borde han inte ta det merbesväret för publikaktiviseringens



Diskussion modell ä blir gärna främst en uppvisning i dräpande formuleringar. Mer samtalsbetonade former är ofta att föredra.

skull, på de områden där det passar? Och för att inte själv slöa till, stanna i utvecklingen.

Ett annat sätt att stimulera både omväxling och självständigt tänkande är att i stället för enmansföredraget prova dialogen, disputationen, diskussionen, estradsamtalet.

Disputationen mellan två meningsmotståndare eller två som representerar olika erfarenhetsområden är rätt väl känd. De kommer i tur och ordning upp och lägger fram synpunkter, som är av den arten att åhörarna måste tänka efter vem som har rätt, vem man själv »håller med».

Diskussionen med fler än två deltagare och »ordet fritt» för publiken, eventuellt med några stycken i förväg vidtalade deltagare, kan ha samma fördelar, även om den sällan fungerar bra utan lätt blir för mycket uppvisning, ställningskrig.

Dialogen där två sitter och pratar, vardagligt utredande, med korta repliker, är ofta en bättre form, bl. a. därför

att det lättare kan gå över i ett allmänt samtal, med frågor och repliker från publiken. Det ger mer av samverkan, samarbete än disputationen, vars idé är striden.

Estradsamtalet där några stycken, 5—8, behandlar ett ämne från olika synvinklar, olika erfarenhetsbakgrund innebär en utbyggnad av samma idé. Men ska den fungera bra, måste det verkligen bli *samtal*, inte en rad korta i förväg utformade anföranden. Ordföranden bör gripa in på ett mjukt sätt och avbryta om någon talar i mer än 5 minuter i taget eller om samtalet fastnar kring en detalj.

Nya diskussionsformer

Både nerdämpning av de pratsamma och stimulans åt de fåmålade ingår i estradordförandens uppgifter, precis som i cirkelledarens. När »experterna» på estraden hållit på en stund kan publiken komma med, fråga, opponera, ge alternativ. Det är lättare att få ett samtal i gång, när man *börjar* med samtal i stället för med ett mer eller mindre högtidligt anförande. Det är säkert en illusion att tro att en huvuddel av medlemmarna, som inte är specialiserade, ska kunna hålla formfulländade anföranden i vanlig riksdagsstil, men alla kan lära sej samtala, göra korta inlägg, gärna sittande, från sin plats i salen. Det är visst inte alltid de rutinerade formsäkra »mötesrävarna», som har de förnuftigaste synpunkterna. Det borde vara en strävan att plocka fram mer av det som finns av sunt omdöme, erfarenhet, praktiska synpunkter hos alla dem, som brukar sitta tysta.

Därmed har vi kommit in på dagordningspunkten »Diskussion». På samma sätt som talaren kan mötesordföranden behöva plockas ner från piedestalen. Hans ideal ska inte vara talmannen i riksdagen, utan kamraten, cirkelledaren. Varför kan han inte fråga »Vad tycker du, Andersson, som har erfarenhet av





Bikupan där varje cell består av bara 3-4-5, ger alla tillfälle att spela med och bidra till att belysa problemen. Den främjar också kontakten.

det här?» eller: »Är du, Johansson, ense med talaren, när han säger att...» i stället för bara: »Ordet är fritt» eller det lite bedrövade: »Är det verkligen ingen som vill yttra sej?» Det behövs en både aktivare, mjukare och ledigare ordförandestil, om man vill bryta publikpassiviteten.

Den lilla gruppens princip

Även om ordföranden på det här sättet leder, hjälper och stimulerar i stället för att bara »hålla ordning» kan det uppstå svårigheter. Talhämningarna kan sitta djupt, publiken vara alltför stor för att en större del ska kunna ryckas med i samspelet. Då kan man för en stund bryta sönder den stora gruppen i flera små. Det är säkert sällan, som man har lokalmöjligheter för ett renodlat *grupparbete*, med enheterna i skilda lokaler, men det behöver inte hindra.

Bikupan ger möjligheter att inom en och samma lokal uppnå grupparbetets fördelar. Förutsättningen är dock, att bänkar eller stolar inte är fastlåsta.

Helst bör man kunna vända dem helt om så att exempelvis första bänkraden vänder sej mot den andra, den tredje mot den fjärde osv. *Bikupans* »celler» bör inte omfatta fler än 4—5 personer. Gör man så små enheter hinner alla vara med i resonemanget, och ingen behöver vara rädd att säga sin mening. *Bikupan* förutsätter vidare, dels att man i förväg *har gjort i ordning frågor*, så att cellerna har preciserade uppgifter att lösa, finna svar på, dels att själva cellerna inte håller på mer än allra högst 10—15 minuter i taget. När smågrupperna diskuterat en stund, vänder sej deltagarna mot podiet igen, och ordföranden plockar fram vad varje grupp kommit till för resultat genom att *fråga* dem i tur och ordning. Man behöver inte ge rapporteringen någon högtidlig form, »redovisning», utan den kan väl ske genom frågor och svar, mycket korta inlägg. Är inte cellerna alltför många, kan man göra rapporteringen i form av ett estradsamtal, där en från varje cell kommer fram och placerar sej vid ett bord, för att under ordförandens ledning berätta om vad cellen kommit fram till.

SÖTAMED

SOCKATIN

- första tablett i Sverige med Cylan (calcium cyclohexylsulfamate dihydrate) från de världsberömda Du Pont-företagen
- och med ren sockersmak (en tablett motsvarar 2 teskedar socker)
- calium anses enligt vetenskapens senaste rön motverka tandröta (Caries dentium) ingår i Sockatin, som
- kan användas dagligen till all mat, till dryck, till bak, ingen bismak vid kokning
- absolut idealiskt om man vill gå in för den slanka linjen
- tillverkas i Sverige
- innehåller ej Natrium — kan användas av diabetiker även med sträng salt diet
- näringsvärde = 0, alltså inte fettbildande!
- Skall Sockatin användas i kalla drycker eller maträtter, löses tablett först i lite ljumt vatten (ca 25° C)

DEKLARATION

| | |
|--|---------|
| Calcium cyclohexylsulfamat dihydrat .. | 0,110 g |
| Saccharin | 0,004 g |
| Kal. bikarbonas | 0,029 g |
| Acid. tartar | 0,021 g |

Sockatin

| | | | |
|-----------------|--------------------------|----------|-------|
| <i>finns i:</i> | Plastask om 50 tabletter | pris kr. | 1:55 |
| | Glas om 500 | » » » | 11:50 |
| | Glas om 1000 | » » » | 20:50 |

TILLVERKARE: **FERTIN LTD.** MALMÖ

UNDERSÖK SOCKER... (Forts fr s 3)

Professor Carl Wegelius i medicinalstyrelsen anser att en sammankoppling med skärmbildsundersökningen är praktiskt utförbar.

Det är önskvärt att ett sådant pionjärbete som detta kan utföras kring ett centrallasarett med relativt litet upptagningsområde, t. ex. Kalmars. Om undersökningen ger praktiska resultat kan den tjäna som mönster för andra landsdelar under den pågående skärmbildskampanjen. Förutom omedelbara vinster för sjukvården kan undersökningen resultera i ett fullständigt register över de sockersjuka inom området och utgör därmed ett unikt och värdefullt underlag för såväl fortsatt sjukvårdskontroll som för vetenskaplig och medicinsk forskning.

Förslaget går bl. a. ut på att undersökningen från den 1 augusti då skärmbildskampanjen når dessa trakter anknys till denna kampanj. Den skulle alltså endast omfatta centrallasarettets direkta upptagningsområde.

Förslagsställaren åtar sig planläggningen och påpekar slutligen att möjligheterna är goda att erhålla anslag för en eventuell vetenskaplig bearbetning av materialet.

Undersökningen skulle självfallet vara helt frivillig. (Barometern)

DIABETES OCH... (Forts fr sid 11)

Sjukdomar i blodkärlen hos sockersjuka är icke oundvikliga. Till dess mera är känt om deras orsak, gör man klokast att vara noga med regelbunden diet och insulin, ofta ta urinprov (lättaste sättet är med en clinitestapparat) för att kontrollera att man inte har för mycket urinsocker, samt då och då genomgå läkarundersökning. (Forecast)



NY LÄSKEDRYCK FÖR SOCKERSJUKA

Red. blev häromdagen bjuden på en verkligt god sockerfattig läskedryck. Den heter Coril och tillverkas av Porla. Coril är en citrondryck gjord på enbart naturprodukter. Den har en syrlig smak och är härligt uppfriskande så här i sommarvärmen. Sötningemedlet är syntetiskt och sockerfritt, men priset per flaska blir ändå inte högre än för vanliga läskedrycker, och den kommer att kunna köpas i alla speceri- och mjölkaffärer över hela landet. — Eftersom det hittills inte har funnits en liknande dryck, som har kunnat köpas överallt, tror vi att Coril kommer att uppskattas av alla sockersjuka.

FÖRENINGSS- NYTT



GÖTEBORG

Diabetesföreningen i Göteborg med omnejd kommer troligen föreningen i Göteborg att namnändras till. Namnändringen rekommenderades vid sammanslutningens vårsamkväm på Långe drag dit omkring 150 medlemmar infunnit sig. Det blev visor till gitarr efter förhandlingarna och sedan kom även restaurangens orkester och underhåll medlemmarna med musik och artistuppträdanden. Stämningen var hög vid vårfestligheten.

KARLSKRONA

Föreningen för sockersjuka i Karlskrona m. o. har anordnat ett möte i fritidsgården i Kallinge. Denna var iordningställd av kallingemedlemmarna. Mötet inleddes med musik på dragspel, fiol och banjo av G. Nyberg, E. Jönsson och J. Johnsson, varefter föreningens ordförande Yngve Stranke hälsade välkommen. Vid de därefter följande förhandlingarna rapporterade E. Olausson om vad som förekommit vid de sockersjukas riksstämma under pingsthelgen i Bommersvik. Th. Nilsson redogjorde för erfarenheterna samt utbildningsresultaten vid föreningens blindskriftkurs. H. Jönsson anmälde att det nya sulfapreparatet BZ 55 användes vid båda medicinska avdelningarna på lasarettet sedan mars månad. Föreningen beslöt bland annat att föreningens namn skulle ändras till Blekinge läns sockersjukesföre-

ning, vidare att bekosta kolonivistelse vid Malmö-föreningens barnkoloni för en flicka, att överlämna 500 kr. till den vetenskapliga forskningen rörande sockersjuka och att 500 kr. skulle överföras till en förbättringsfond. Efter förhandlingarna följde ett trevligt samkväm med kaffe, musik och dans.

UDDEVALLA

De sockersjukas förening i Uddevalla har haft möte på Teatern. Det hela var ordnat i samkvämsform och ett 35-tal personer hade mött upp. Dr Tage Hedberg berättade om Helinos-sprutan och hr Rune Johansson från Göteborg gav informationer om riksförbundet. Efteråt följde kaffedrickning.

ÖREBRO

De sockersjukas förening i Örebro m. o. har hållit möte för sommaren på restaurang Stortorget. Föreningens ombud vid Riksförbundet för Sockersjukas kongress som hållits i Bommersvik, lämnade rapport över vad som beslutats där. Till hösten skall föreningen fira sitt 10-årsjubileum. Från den i april anordnade vårfesten meddelades att ett gott ekonomiskt resultat uppnåtts. Listor för bidrag till föreningens verksamhet, främst då forskningen för sjukdomens bekämpande, har utsänts. Med ett trevligt musik- och sångprogram, utfört av Örebro Pensjonärsklubb avslutades mötet.



INSULIN VITRUM

Vitrum's serie insulinpreparat ger den variationsmöjlighet, som en individuellt avvägd insulin-terapi kräver.

| | |
|------------------------------|-------|
| Insulin Vitrum | 40 IE |
| Insulin Vitrum | 80 IE |
| Zink-protamin-insulin Vitrum | 40 IE |
| NPH Insulin | |
| Insulin Specia | |

V
STC

Göteborgs universitetsbibliotek



6000248812

Lindgren & Sjöholm 1956

