

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.



DIABETES

Nummer **4** 1973



Undersök Er urinsockerhalt med
TES-TAPE[®]



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

Eli Lilly Sweden AB



Ansvarig utgivare:

Riksdagsledamoten Nancy Eriksson

Redaktionskommitté:

Riksdagsledamoten Nancy Eriksson
Docent Gunnar Engleson
Docent Jan Östman
Informationschef
Ingmar Nygren-Bonnier

Redaktör:

Ingmar Nygren-Bonnier

*Redaktion, expedition och
annonskontor:*

Box 6609
113 84 Stockholm
Tel. 08/34 09 10
Postgiro 90 09 01 - 0

Prenumerationspris:

15: — kr pr år

Tryck:

Lindgrens Tryckeri, Katrineholm

Utges även som talband

Svenska Diabetesförbundet:

Box 6609
113 84 Stockholm
Tel. 08/34 09 10
Postgiro 90 09 01 - 0

Ordförande:

Riksdagsledamoten
Fru Nancy Eriksson
Roslagsgatan 11, 113 55 Stockholm
Telefon 08/15 83 45

Kassaförvaltare:

Bankdirektör Lennart Dahlström
Roslinvägen 35, 161 55 Bromma
Telefon 08/87 06 28

Eftertryck tillåtes om källan anges

DIABETES

Nummer 4, augusti 1973, årgång 23

Organ för Svenska Diabetesförbundet

Innehåll:

Ögonsjukvården i dödsvatten, av Nancy Eriksson	3
Ärftlighet och diabetes, av Jan Lindsten	4
Lionflygel i Nordanede	14
Diabetesdagen 1973	18
Frågan är fri	19
Ny president i IDF	22
Jahreiset	22
Djupfrys diabetesmat	24
Vallbo-lägre oas för diabetiker, av Oscar Johansson	25
Synpunkter på Vallboveckan, av Hans Svensson	26
Föreningsnytt	28

Nya Dietic.
Ej sötad
med cyklammat



"stor" sockerfri fruktläsk

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

roberts Örebro

Ögonsjukvården i dödvatten

Gång på gång under de senaste åren har Diabetesförbundet bett, att diabetikerna skall få läkarvård för synskador. Men medan de sociala förhållandena och diabetesvården för övrigt blivit bättre, har ögonsjukvården bara blivit sämre. Alla diabetesläkare uppmanar patienten att årligen låta undersöka sina ögon, men patienten har på håll ingen chans att komma till läkare med sina ögon, förrän det redan svartnat.

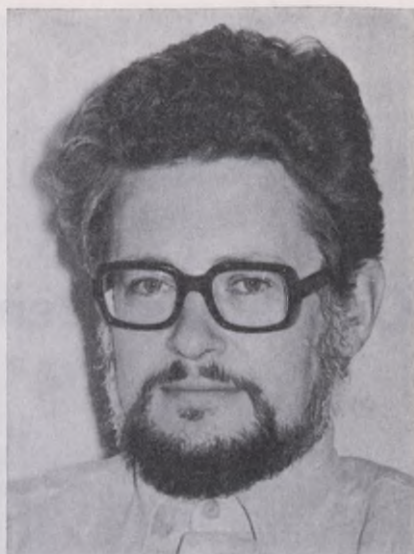
1972 hemställde förbundet om åtgärder och till vår hemställan fogade två av förbundets förnämsta läkare, överläkare Sven-Erik Fagerberg i Örebro och överläkare John Cristiansson i Kristianstad, ett särskilt intyg om situationen inom ögonsjukvården. Häri framhölls, att »*diabetesrethinopathi är en av de vanligaste orsakerna till blindhet i dagens Sverige. Efter en lång tid av terapinihilism försöker man nu att även behandla dessa komplikationer i initialskedet. Därför krävs emellertid en utomordentlig omsorg i dess kartläggning, god erfarenhet i dess direkta tera-*

peutiska handläggning och — inte minst — tidigt uppspårande av dessa komplikationer hos de sjuka. — Den rådande bristen på ögonläkare medför därför utomordentligt svåra konsekvenser för diabetikern även i framtiden. Även om synskador av allvarlig art är relativt sällsynta bland diabetiker, ca 1 0/0, utgör de dock en av de vanligaste orsakerna till vuxenblindhet i dagens Sverige. Och läkarna framhåller, att diabetikern inte kan hänvisas bara till optikern vid smärre förändringar i ögonen.

Häromdagen hörde jag beskrivas, hur hopplös situationen är för en ögonpatient. Det gällde en liten pojke med en medfödd ögonskada, som, om den inte opereras, medför blindhet. Föräldrarna med god förmåga att tala för sig ringer efter att först på upplysningscentralen ha fått anvisning på vilken klinik de skall vända sig till, ca 10 gånger på angiven tid. Ingen möjlighet att komma fram. Försöker igen och får då veta, att det var en annan klinik man borde vänt sig till.

Forts på sidan 32

Av prof Jan Lindsten



Ärftlighet och diabetes

Diabetes har en ärftlig bakgrund, det är alla överens om, men längre än så sträcker sig inte enigheten. Praktiskt taget alla kända ärftlighetsmekanismer har föreslagits, men ingen vet idag med säkerhet hur diabetes egentligen nedärvs. Detta är ganska förvånande med tanke på hur relativt vanlig sjukdomen är, hur länge den varit känd och hur intensivt den studerats under många decennier. Anledningen till att man inte vet mer är förstås att problemet är mycket mer svårlost än man från början föreställer

sig. I den här artikeln skall jag kort försöka belysa vad man känner till om ärftligheten vid diabetes och hur man bedömer riskerna för diabetiker att få barn med sjukdomen.

Vad menas egentligen med diabetes?

Om vi använder en av de vanligare definitionerna på diabetes, nämligen att det utgörs av ett kroniskt tillstånd med nedsatt glykostatolerans och ökad sockerutsöndring i urinen, så kommer ett trettiotal

olika sjukdomar att kunna räknas in under denna benämning. De flesta av dessa sjukdomar är mycket sällsynta och kan avgränsas med andra kriterier. Flertalet av dem har också en alldeles klar ärftlighet. Kvar står emellertid det stora flertalet fall, det vill säga de som har vad vi i dagligt tal egentligen menar med diabetes och vars uppkomstmekanism och ärftlighet ännu så länge är okänd.

Men inte ens den egentliga diabetesen är som bekant ett entydigt begrepp. I en del fall debuterar sjukdomen tidigt, i andra sent (åldersdiabetes). En del fall kräver insulinbehandling redan från den dag sjukdomen uppträcks, andra klarar sig bra under långa perioder antingen utan någon behandling alls eller med endast viss diethållning (latent diabetiker). Situationen blir ändå mer komplicerad om vi utför olika laboratorieprov, till exempel glykosbelastning av olika slag eller bestämningar av insulinfrisättningen.

Då ställs vi nämligen inför en stor frekvens synbarligen friska individer, som har lika låga värden i dessa test som många diabetiker men som ändå inte har sjukdomen. Dessa individer brukar ofta betecknas prediabetiker.

För att göra en analys av en sjukdoms ärftlighetsgång fordras att det går att avgöra med säkerhet vem som är sjuk och vem som är frisk. Detta är således inte alltid så lätt vid diabetes, eftersom det inte rör sig om ett antingen eller, utan om en kontinuerlig övergång från alldeles ovedersägliga diabetesfall till helt friska individer. Dessutom har olika forskargrupper

under årens lopp använt olika metoder, alltifrån frågeformulär och test på förekomsten av glykos i urinen till nedsatt glykostolerans, för att klassa sina undersökningspersoner som sjuka respektive friska, och det ställer sig därför ofta utomordentligt svårt att jämföra resultat från olika undersökningar. Allt detta har bidragit till den suddiga bild som vi idag har av diabetesgenetiken.

Hur kan man då påstå att diabetes är en ärftlig sjukdom?

Hos djur och växter kan man studera såväl om en viss egenskap är ärftlig som hur den nedärvs genom att göra lämpliga korsningar och studera avkomman. När det gäller människan låter detta sig förstås inte göra, utan man får försöka få ut så mycket information som möjligt genom att undersöka tillgängliga material av individer besläktade på olika sätt. I första hand brukar man då inrikta sig på tvillingar respektive föräldrar—barn och syskon.

Det finns två slags tvillingar, enäggiga och tvåäggiga. Enäggiga tvillingar härstammar från en och samma befruktade äggcell och har identiska ärftliga anlag. Tvåäggiga tvillingar kommer från två olika äggceller och liknar varandra genetiskt inte mer än vilka syskon som helst.

När det gäller diabetes så finner man att om den ena tvillingen har sjukdomen, så har den andra det också i mycket högre utsträckning än man skulle vänta sig av rena slumpskäl. Tvillingarna sägs då vara konkordanta med avseende

på sjukdomen. Har bara den ena av tvillingarna diabetes kallas de diskordanta. Uppgifterna om konkordansen för enäggiga tvillingar varierar i litteraturen mellan 10 och 100%. Motsvarande siffror för tvåäggiga tvillingar är 3—40%. Dessa stora variationer i konkordanstalen påverkas förstås av de faktorer som diskuteras ovan. Ju äldre tvillingarna är vid undersökningstillfället desto större är konkordansen, eftersom möjligheterna att insjukna ökar med åldern. Vidare ökar konkordansen ju mer komplicerad undersökningsmetod som används. Av detta kan man dra följande slutsatser.

1. Ärftliga faktorer tycks spela en roll för uppkomsten av diabetes eftersom tvillingar liknar varandra mer än två individer vilka som helst och eftersom enäggiga tvillingar liknar varandra mer än tvåäggiga.
2. Icke-genetiska faktorer spelar också en roll för sjukdomens uppkomst eftersom sjukdomen ofta debuterar i olika åldrar hos enäggiga tvillingar och konkordansen för dessa vad rör öppen diabetes inte når 100%.
3. De mer avancerade undersökningsmetoderna utgör sannolikt bättre värdemätare på de genetiska faktorerna än enbart konstaterandet att det föreligger öppen diabetes eller inte.

Nu kan man rikta kritik mot tvillingundersökningar. Visst mäter de den genetiska likheten, men icke-genetiska faktorer är ju också mer lika för tvillingar än för vilka människor som helst. Tvillingarna

har ju till exempel legat tillsammans i livmodern och vuxit upp under likartade förhållanden. Därför har man utvidgat undersökningarna till att omfatta hela familjer. Det visar sig då att diabetes förekommer i ökad frekvens bland olika släktingar till diabetiker. Även inom en och samma familj kan ju icke-genetiska faktorer vara mer lika än mellan olika familjer, så helt invändningsfri är inte familje-metoden heller. Trots detta talar tvilling- och familjestudierna för att ärftliga faktorer spelar en stor roll för uppkomsten av diabetes.

Vad vet man om de ärftliga faktorer som ger upphov till diabetes?

Innan jag närmare diskuterar problemerna rörande ärftlighetsgången vid diabetes skall jag kort redogöra för de vanligaste nedärvningsmekanismerna.

Kromosomer och gener. — De ärftliga anlagen (generna) är sammankopplade till långa trådar (kromosomer) som finns i varje cellkärna i kroppen. Människan har 46 kromosomer varav 44 (autosomerna) ser likadana ut hos mannen och kvinnan. De två återstående kromosomerna kallas könskromosomerna. Mannen har könskromosomuppsättningen XY medan kvinnan har XX. Autosomerna kan indelas i par som numreras från 1 till 22, och i varje cell finns det alltså två autosomer av samma slag.

Könscellerna (äggcellerna och spermier) har bara 23 kromosomer, det vill säga en autosom av varje slag plus en könskromosom

(äggcellerna innehåller alltid en X-kromosom medan en spermie har antingen en X- eller en Y-kromosom). Detta uppkommer genom att kromosomantalet 46 halveras när kromosomerna i varje par separerar och går till var sin cell under en speciell typ av celledelning som sker i äggstockarna respektive testiklarna. När sedan äggceller och spermier sammansmälter vid befruktningen får man tillbaka kromosomantalet 46 och två kromosomer av varje slag, en från modern och en från fadern (Fig 1).

Det finns gener både på autosomerna och könskromosomerna. Eftersom varje autosom finns i dubbel uppsättning så finns varje autosomalen också i dubbel uppsättning i varje kroppscell. Kvinnan har två X-kromosomer och därigenom finns varje X-bunden gen i två upplagor hos henne. Hon saknar förstas Y-bundna gener. Mannen har bara en enkel uppsättning av såväl X-bundna som Y-bundna gener.

Varje gen kan ha olika former (alleler) som kan sätta olika prägel på individen. Antag att en gen som påverkar fingrarnas längd har allelerna B och b , där B ger upphov till mycket korta fingrar och b till normallånga fingrar. Eftersom man alltid har dubbel uppsättning av varje gen så finner man tre olika slags individer med avseende på den aktuella genen, nämligen de som har BB , de som har Bb och de som har bb . Individer som har två alleler av samma sort (BB eller bb) sägs vara homozygota, medan de som har två olika alleler är heterozygota (Bb) med avseende på genen ifråga. Om både BB - och Bb -indi-

vider har korta fingrar så säger man att allelen B dominerar över allelen b , det vill säga effekten av b syns inte så länge man har B . Samtidigt säger man att b är recessivt i förhållande till B , och för att få normallånga fingrar måste man alltså ha allelen b på bägge kromosomerna.

Autosomalt dominant nedärvning. — Antag att en autosomalt dominant ärftlig sjukdom orsakas av genen D . Om sjukdomen är sällsynt, så har en sjuk individ alleluppsättningen Dd . Vidare kommer vederbörandes partner nästan alltid att vara frisk och ha alleluppsättningen dd . Risken för vart och ett av deras barn att få sjukdomen är då 50 %, eftersom barnen antingen kan få allelen D eller d från sin sjuka förälder (Fig 2). Skulle bägge föräldrarna ha samma sjukdom stiger risken till 75 %.

Ibland kan riskerna vid dominant nedärvning vara lägre beroende på att en gen inte alltid manifesterar sig (nedsatt penetrans), men det skulle bära för långt att här diskutera detta i detalj.

Sammanfattningsvis kan man säga att en sjukdom som orsakas av en autosomalt dominant gen drabbar könen lika och i regel uppträder i varje generation samt att 50 % av barnen till en sjuk förälder får sjukdomen.

Autosomalt recessiv nedärvning. — vid de recessiva ärftliga sjukdomarna är situationen i regel den att det plötsligt uppträder en sådan sjukdom i en släkt och att föräldrarna till den sjuke är friska. Anledningen härtill är att sjukdomen endast kan uppkomma om den recessiva allelen finns på bägge kro-

Det känns lättare att leva om magen fungerar som den ska



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

Duphalac fungerar som naturen själv

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

Duphalac är flytande

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

Duphalac smakar bra till morgonmålet

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

smakar Duphalac också bra likaså i en kopp choklad.

Pröva och experimentera.

Så förebygger Du förstoppning


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

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

Utförlig doseringsanvisning finns på flaskan.

Duphalac

Receptfritt på apotek. Men rådfråga först Din doktor.

 FERROSAN

mosomerna. Är föräldrarna heterozygota anlagsbärare så har varje barn 25 % risk att bli sjuk (Fig 3). Man kan på liknande sätt visa att barn till en sjuk (*rr*) och en anlagsbärare (*Rr*) har 50 % risk att få sjukdomen, medan en frisk (*RR*) och en anlagsbärare (*Rr*) inte löper någon risk att få ett sjukt barn.

Sammanfattningsvis kan sägas att har det fötts ett barn med en autosomt recessiv ärftlig sjukdom så har varje syskon till detta barn 25 % risk att få sjukdomen, medan risken för övriga släktingar är liten om inte släktgifte förekommer. Vidare så drabbas könen lika.

Könsbunden nedärvning. — Det finns ett 150-tal sjukdomar kända som orsakas av gener belägna på X-kromosomen men ingen som orsakas av gener belägna på Y-kromosomen. Följaktligen behöver vi i praktiken bara ta hänsyn till X-bunden nedärvning. De flesta X-bundna sjukdomar orsakas av recessiva gener. Hos mannen, som bara har en X-kromosom, kommer varje sådan recessiv gen att manifesteras sig. En kvinna måste ha den recessiva allelen på bägge sina X-kromosomer för att bli sjuk, och det inträffar mer sällan.

Följaktligen finner man de X-bundet recessiva sjukdomarna nästan uteslutande hos pojkar. Sjukdomarna nedärvs däremot oftast via kvinnorna.

Sammanfattningsvis kan vi alltså säga att X-bundet recessiva sjukdomar nästan alltid träffar män och att en anlagsbärande kvinna får friska döttrar medan hälften av hennes söner får sjukdomen. Det bör dock påpekas att det förhållandet att en ärftlig sjukdom

förekommer med olika frekvens hos män och kvinnor inte behöver betyda att sjukdomen orsakas av könsbundna gener.

Ärftligheten vid diabetes. — An tag att fröken F just fått reda på att hon har diabetes. Hennes syster har också sjukdomen. Med känedom härom skulle man närmast vilja påstå att sjukdomen nedärvs autosomt recessivt. Sedan går det några år. Fröken F blir fru G, och av hennes två barn har ett diabetes. Dessutom har hennes far nu fått åldersdiabetes. Ja, vid denna senare tidpunkt skulle man helst vilja tolka nedärvingen i samma familj som autosomt dominant. Ju äldre man blir desto större risk har man alltså att få sjukdomen, och åldern hos de undersökta påverkar därför tolkningen av sjukdomens nedärvningsmekanism. Samtidigt är det förstas så att det finns en rad individer som skulle fått diabetes men som dör dessförinnan av annan anledning. Det finns ytterligare faktorer som också kan påverka tolkningen. En välkänd sådan är fetma. En »fet» familj har högre frekvens diabetiker än en »smal». Vad anser man då om ärftligheten vid diabetes?

Alla de nämnda nedärvningsmekanismerna har föreslagits för diabetes, men ingen passar tyvärr riktigt bra. Om sjukdomen nedärvdes autosomt dominant så skulle hälften av barnen till en diabetiker förväntas få sjukdomen. Så är inte fallet, det är avsevärt färre. För att förklara detta måste man anta att det finns en stor frekvens individer som har det dominanta anlaget utan att visa sjukdomen (ned-satt penetrans). Det är möjligt att

så är fallet, men det går ine att visa med familjestudier vad gäller öppen diabetes, och denna situation kan inte med säkerhet skiljas från autosomt recessiv nedärvning. Inte heller autosomt recessiv nedärvning kan emellertid gälla, för det skulle innebära att samtliga barn till två diabetiker skulle få sjukdomen, och så ligger det ju inte alls till.

Inte heller kan diabetesanlaget ligga på X-kromosomen för då skulle en man med diabetes aldrig kunna få en sjuk son, eftersom en son ärver sin fars Y-kromosom och inte hans X-kromosom. De flesta ärftlighetsforskare som sysslar med diabetes arbetar därför för närvarande efter hypotesen att sjukdomen orsakas av en samverkan mellan dels en kombination av flera ärftliga anlag, dels ett okänt antal icke-genetiska faktorer. Tyvärr vet vi ännu inte varken vilka anlagen eller de icke-genetiska faktorerna är. För att kunna belysa detta problem är det nödvändigt att få tillgång till mätmetoder som mer direkt återspeglar genernas produkter än vad en ökad mängd socker i blodet respektive urinen gör.

Vilken risk har då en diabetiker att få ett diabetiskt barn?

Någon exakt bedömning av risken för en diabetiker att få ett sjukt barn går alltså inte att göra i den enskilda familjen eftersom vi inte känner sjukdomens nedärvningsmekanism. Man tvingas därför till att försöka skatta denna risk, och det görs helt enkelt med utgångspunkt från kännedomen om hur

många sjuka man funnit i tidigare stora familjeundersökningar. En av de största och mest systematiskt genomförda undersökningarna har utförts av Nancy Simpson (Diabetes in the Families of Diabetics, Canadian Medical Association Journal 98, 427—432, 1968). Riskberäkningen går till så att man multiplicerar den risk som vem som helst i en viss ålder har att få diabetes (Tabell 1) med den ökade

Tabell 1. Frekvensen av diabetes i olika åldersgrupper (efter Simpson 1968)

Ålder, år	Procent diabetiker	
	män	kvinnor
0—9	0,053	0,031
10—19	0,128	0,150
20—29	0,268	0,196
30—39	0,320	0,500
40—49	0,500	0,750
50—59	1,940	2,477
60—69	2,621	4,600
70—79	3,807	6,038
80—89	4,333	5,800
>90	4,000	3,500

risk som en viss typ av släkting till en diabetiker har (Tabell 2). Låt oss ta ett exempel. En 40-årig man har nyligen fått diabetes och undrar hur stor risken är att hans 15-åriga dotter skall få sjukdomen. Frekvensen av diabetes bland flickor i 10—20 års ålder är 0,15 % enligt tabell 1. Risken att ett barn till en individ, vars diabetes debuterar efter 20 års ålder, skall få sjukdomen före 20 års ålder är enligt tabell 2 fem gånger högre, det

Tabell 2. Riskökning för släktingar till diabetiker (efter Simpson 1968)

Debutålder för diabetikern, år	typ av släkting	R i s k ö k n i n g	
		debut före 20 års ålder	debut efter 20 års ålder
0—19	syskon	×15	×8
	barn	×22	inga data
>20	syskon	× 7	×3
	barn	× 5	×2

vill säga 0,75 %. Tabellerna kan alltså användas för att räkna ut hur stor risk en viss individ har att insjukna i en viss ålder. Men hur stor total risk har man då? Detta sammanfattas i tabell 3 för några olika risksituationer. Vi måste dock komma ihåg att siffrorna i denna tabell endast är ungefärliga och baserade på vad man funnit i tidigare insamlade stora material.

Man bör därför alltid noggrant studera den enskilda aktuella familjen med avseende på förekomsten av diabetes innan man ger ett besked om riskerna. Fast som en allmän ledtråd kan man förstås använda de givna siffrorna.

Skall en diabetiker då avrådas från att skaffa sig barn? Knappast av genetiska skäl i alla fall. Visserligen har en diabetiker en viss förhöjd risk att få barn med sjukdomen, men det finns ett bra mycket större antal individer (prediabetikerna) som sannolikt har precis lika stora risker, och det vore därför inkonsekvent att bara avråda den mindre gruppen människor.

Skall två diabetiker avrådas? Inte heller i detta fall finns det

vägande genetiska skäl. Anledningen härtill är följande. Antag att vi har 100 diabetiker som får barn med icke-diabetiker. Bland barnen får vi då en viss frekvens diabetes. Får diabetikerna barn med varandra i stället så blir antalet föräldrapar ju bara hälften så stort. Totalantalet diabetesbarn blir i bägge fallen ungefär detsamma. Sedan kan det ju finnas andra skäl till varför två diabetiker bör planera eventuella graviditeter med större eftertanke än andra.

Varför är diabetes så vanligt?

Frekvensen diabetiker ökar sakta, vilket naturligtvis till stor del beror på de förbättrade behandlings- och vårdmöjligheter som tillkommit under de senaste decennierna. Man kan ändå fråga sig varför en så pass allvarlig sjukdom är så vanlig, insulinbehandlingen har ju inte funnits så länge. En anledning kan vara att sjukdomsdebuten är sen i de flesta fall och därför inte har påverkat det antal barn man skaffat sig.

Men detta kan inte vara hela

Tabell 3. Totalrisk att få diabetes (efter Stevenson & Davidson, Genetic counselling, William Heinemann, London, 1970).
Siffror inom parentes är relativt osäkra.

Riskindivid	Totalrisk att få diabetes	
	före 20 års ålder	efter 20 års ålder
Syskon till en diabetiker med debut före 20 års ålder när föräldrarna ej har sjukdomen	5 %	5 %
Syskon till två diabetiska syskon med debut före 20 års ålder när föräldrarna ej har sjuk- domen	10 %	10 %
Syskon till en diabetiker när en förälder också har diabetes, bägge med debut före 20 års ålder	10 %	10 %
Syskon till en diabetiker med debut före 20 års ålder när en förälder också har diabetes dock med debut efter 20 års ålder	7 %	7 %
Syskon till en diabetiker med debut före 20 års ålder när bägge föräldrarna också har sjuk- domen	20 %	20 %
Barn till en diabetiker med debut före 20 års ålder (eventuella syskon friska)	10 %	(5 %)
Barn till en diabetiker med debut efter 20 års ålder (eventuella syskon friska)	5 %	3 %
Barn till två diabetiker bägge med debut före 20 års ålder (eventuella syskon friska)	20 %	(10 %)
Barn till två diabetiker bägge med debut efter 20 års ålder (eventuella syskon friska)	5 %	(3 %)

sanningen. Sannolikt är det så att den som är bärare av diabetesanlaget(-en) har någon form av fördel (positiv selektion) jämfört med dem som inte är bärare. Det som då är betydelsefullt är om bärarna i genomsnitt får något fler barn än andra. Även om sjukdomen som sådan är till nackdel, så kompenseras detta alltså av bärarnas fördelar. Detta är ännu så länge bara

en hypotes, och vi vet inte vad fördelarna för anlagsbärarna kan vara, men det är en helt möjlig förklaring som har visat sig gälla i andra fall. Följaktligen går det inte att klassa anlag som »bra» eller »dåliga», de kan vara till nackdel för individen i en viss sammansättning i en viss miljö men till fördel i en annan sammansättning i en annan miljö.

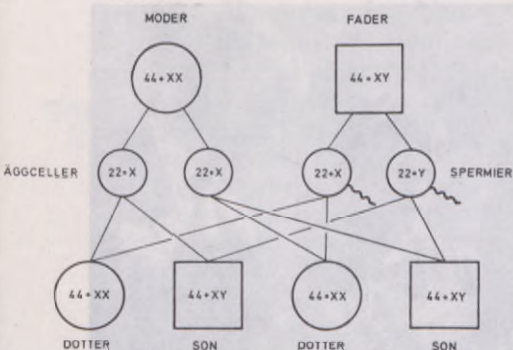


Fig. 1. Schema över förhållandet mellan antalet autosomer och könskromosomer hos föräldrar, deras könsceller och barn. Fyrkanter avser män, stora cirklar kvinnor och små cirklar könsceller.

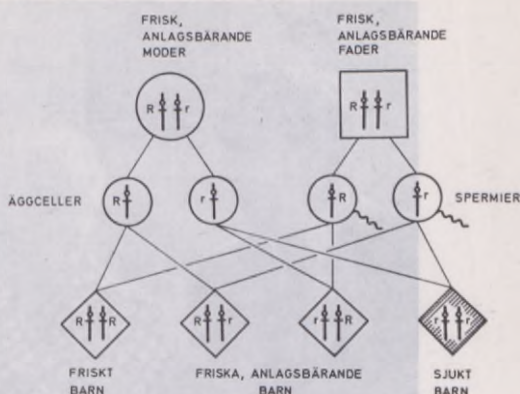


Fig. 3. Schema över nedärvningen av en autosomalt recessiv sjukdomsgen *r* från två friska, anlagsbärande föräldrar. Samma symboler som i Fig 2 har använts. Som framgår kommer 1/4 av barnen att vara homozygot *rr* och alltså bli sjuka.

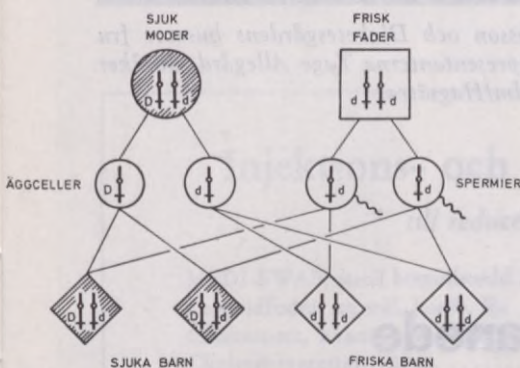


Fig. 2. Schema över nedärvningen av en autosomalt dominant sjukdomsgen *D* från en sjuk förälder. Fyrkanten avser en man, den stora ringen en kvinna och de små ringarna könsceller. De ruterässformade symbolerna avser barn (pojkar och flickor har inte erhållit olika symboler eftersom riskerna i detta fall är oberoende av könet). Som framgår av figuren kommer hälften av barnen att få allelen *D* och alltså bli sjuka (streckade symbolen).

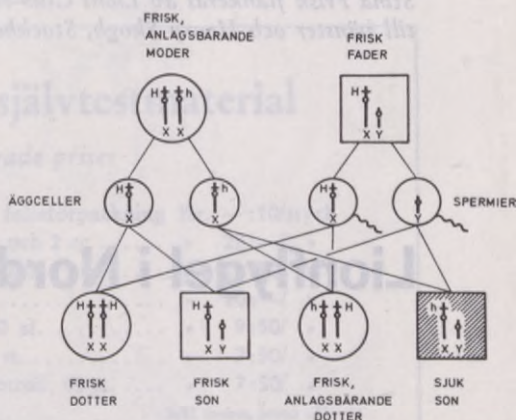


Fig. 4. Schema över nedärvningen av en X-bunden, recessiv sjukdomsgen *h* från en frisk, anlagsbärande moder. Symbolbeskrivning återfinns i Fig. 2. Som framgår blir samtliga döttrar friska. Hälften av sönerna får en X-kromosom med allelen *h* och blir alltså sjuka.



Förbundsordföranden fru Nancy Eriksson och Diabetesgårdens husmor fru Stina Frisk flankeras av Lions Club-representanterna Tage Allegård, Söråker till vänster och Henry Skogh, Stockholm/Hagsätra.

Lionflygel i Nordanede

Diabetesgården i Nordanede har blivit mer och mer eftersökt som rekreationshem för diabetiker från hela landet. Tyvärr har förbundet på grund av platsbrist måst avvisa många som önskat boka sig för en välbehövlig rekreativ vistelse på gården.

På initiativ av Lions Club Stockholm/Hagsätra startades i fjol inom några distrikt en insamling till förmån för en annexbyggnad till Diabetesgården. Resultatet av denna insamling kunde Henry Skogh från Hagsätraklubben överlämna i form av en check på 50.000 kronor till

förbundsordföranden, fru Nancy Eriksson, vid en liten ceremoni, som ägde rum på Diabetesgården den 16 juni. Fru Eriksson uttryckte förbundets stora tacksamhet och uppskattning av den storartade gåvan och poängterade att Lions-flygeln är en mycket stor uppmuntran för oss som arbetar för diabetikerna och som naturligtvis manar till krafttag.

Efter invigningstalet avtäckte fru Eriksson en minnestavla på vilken ingraverats namnen på samtliga Lion-klubbar som deltagit i insamlingen.

Hr Henry Skogh, Lions Club Hagsätra, redogjorde för de olika

klubbarnas insatser. Alla har gjort en berömvärd insats, sade han, och inte minst ville han framhålla Norrlandsdistriktet med distrikts-guvernör Tage Allegård, Söråker i spetsen.

Efter ceremonin samlades alla inbjudna till en middag i Diabetesgårdens matsal då förbundsordföranden till gårdens husmor, fru Stina Frisk, överlämnade en Lars Norrman-serigräfi med tack för de tio år fru Frisk tjänstgjort på gården och med en förhoppning om fortsatt tjänst under många år. Efter middagen följde en mycket uppskattad folkdansuppvisning av Torps Gille.

Red

Injektions- och självtestmaterial

till reducerade priser

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

Inkl. moms, porto tillk.

Beställ direkt från

ESKILSTUNA DIABETESFÖRENING

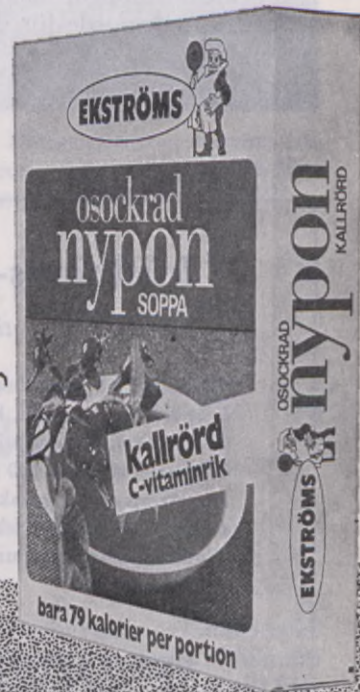
Postbox 97 631 02 ESKILSTUNA Postgiro 46 88 57

Beställningstelefon 016/254 51, endast efter kl. 18

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

Motion ger rejäl förbränning...

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



Och nyponsoppa ger hela dagsbehovet c-vitamin (60 mg) i en enda portion.

Det är nyttigt det!

Ekströms kallrörda nyponsoppa är osockrad.

En portion om 2,5 dl innehåller ungefär samma mängd kolhydrater och kalorier som t. ex. ett äpple och en apelsin tillsammans.

Granskat av



EKRÖMS



DIABETES- DAGEN 1973

Som vanligt arrangeras i år Diabetesdagskampanjen med själva Diabetesdagen söndagen den 30 september.

Förbundet har även i år lyckats få assistans av skolungdomar, som kommer att sälja kampanjmärket som är vitt med blå relief och kostar en krona. Bössinsamling kommer också att bedrivas hos förhoppningsvis så många lokalföreningar som möjligt.

Ett flertal informationsmöten arrangeras av lokalföreningarna runt om i landet och med tanke på att det i år är förbundets 30-årsjubileum, anordnas en stor underhållning på Sollidens scen på Skansen söndagen den 30 september. I arrangemangen i anslutning till »Skansendagen» medverkar glädjande nog Max von Sydow, som även hjälpte oss under insulinåret 1971.

På Skansen kommer även »Joslinmedaljen» att delas ut till de diabetiker, som haft diabetes minst 50 år. (Annonsering efter dessa har tidigare skett i Diabetes.) *Red*

Köp Diabetesförbundets kampanjmärke som säljes genom skolungdom och lokalföreningar runt om i landet



Märket är i år vitt med blå relief

FRÅGAN ÄR FRI

Fråga: Jag är en 39-årig man med diabetes sedan 14 års ålder, med ledsyn sedan 4 år tillbaka. Svar önskas på följande frågor.

1. Tar 2 ggr 2 atromedinkapslar per dag. Är detta skadligt för njurarna då jag har tagit dessa kapslar under 3 års tid?

2. Är bastubad farligt för ögonen med tanke på ledsynen?

3. Bör man undvika att lyfta och böja sig nedåt eller framåt, även detta med tanke på ledsynen.

4. Kan doktorn förklara anledningen till förekomsten av så många synskadade 30—40-åringar med diabetes sedan barndomen, alltså en sjukdomsperiod varierande mellan 18 och 22 år. I TV-program har man förnekat att ögonkomplikationer är vanliga och hänvisar till en mycket låg procentsiffra till antalet diabetiker. Man kan inte räkna antalet synskadade i procent av det totala antalet diabetiker (150.000). Man måste från denna summa ta bort alla som fått diabetes efter 30-årsåldern, då dessa ej hinner få några komplikationer. Läkarna måste nu en gång för alla klart och tydligt redovisa antalet synskadade i procent av de diabetiker som fått sin diabetes före 20-årsåldern. Vilket procenttal kommer man då fram till?

Realist

Svar: 1. Det är inte skadligt för njurarna eller för något annat organ att ta 4 atromidinkapslar dagligen.

2. Här går åsikterna isär. Jag har den uppfattningen att om Ni är gammal och van bastubadare så är det inte farligt om Ni bastar med förstånd, dvs undviker alltför långa vistelser i bastun och alltför hög temperatur. 5—10 minuter i 70—80° värme med en lagom tempererad dusch efteråt tror jag Ni lugnt kan fortsätta med. Men låt bli att hoppa i kallt vatten efteråt eller rulla i snön, för sådana övningar leder till kraftig om och övergående blodtrycksstegring.

3. Bäst är det att även här följa en medelväg och låta bli att bocka sig ned och lyfta tungt från underlaget.

4. Det är svårt att exakt ange antalet diabetiker i olika åldersklasser och efter olika långt sjukdomsförlopp, eftersom vi inte i fråga om diabetes har anmälningskyldighet så som vi har i fråga om cancer. Vi vet emellertid att antalet diabetiker ligger någonstans omkring 200.000 och att ca 80 % av all diabetes debuterar efter 40 års ålder. Krall från Joslinkliniken i Boston anger från sitt mycket stora material att 5 % av diabetikerna var under 25 år och 13 % låg i åldrarna mellan 26 och 45 år. Tyvärr söker inte alla synskadade kontakt med De Blindas Förening, men i fråga om yngre människor tror jag dock, att det allra största flertalet gör det. I slutet av 1970 fanns det 2.100 synskadade diabetiker inregistrerade där. Endast 104 av dessa var dock under 30 år. Siffrorna anger blinda diabetiker men säger inget om orsaken till blindheten. I fråga om dessa unga människor tror jag emellertid att

man kan räkna med diabetes som orsak till nästan samtliga fall.

Bo A—n

Fråga: Jag har haft diabetes sedan 1958 och allt har gått rätt bra tills september 1972, då jag blev intagen för första gången för inställning. När jag togs in hade jag Lente + Ultra Lente som morgondos.

Blev sedan inställd på Lente morgon, Semilente kväll, ändrades till Lente + Lente kväll. Synen började krångla för första gången vid sjukhusvistelsen. Blev närsynt när sockret stod normalt 80—120 mg. Utskrevs efter 3 veckor och efter andra kontrollen (1 mån) togs jag in igen, eftersom blodsockervärdet låg för högt på morgonen, 360 mg.

Låg intagen ca 2 veckor och skrevs ut med Rapitard, en dos morgon. Men värdena låg högt på kvällen och natten, varför jag åkte upp på akutavdelningen för att få snabbinsulin. Då uppmätte de 550 mg i blodsocker. Semilente sattes in som kvällsdos, men då började problemet med huvudvärk på förmiddagarna nästan varje dag.

Man tog in mig på lasarettet igen på grund av huvudvärken. Undersökning med EEG och skullröntgen visade ingen påtaglig orsak. Läkaren bytte Semilente mot Lente som kvällsdos. Följden blev att blodsockret gick ner för lågt på förmiddagarna. För övrigt togs blodsockerprov varje gång huvudvärken började. Det visade sig att när jag hade värk var blodsockervärdet 120 mg eller lägre, samtidigt som jag blev enormt närsynt. Så började man med Lente fm +

snabb-Vitrum och Lente kväll. Ny ändring till snabb-Vitrum + Lente på fm och Lente på kvällen. Huvudvärken blev bara värre av denna kombination, men togs Vitrum på morgonen bort steg blodsockret till ca 500. Blodsockervärdet hoppade ner till 37—45 mg kl 11.00 och därför togs Vitrum bort.

Sammanlagt har jag varit inlagd 9 veckor i höst för inställning.

Så nu önskar jag i en lugn och fridfull miljö diskutera med läkare som är specialist på detta område. Varför kommer huvudvärken och närsyntheten när sockret ligger normalt?

L R

Svar: Det framgår av Er beskrivning att Ni har en svårstyrd diabetes, en sk labil diabetes. En sådan kännetecknas i allmänhet av en total oförmåga till egen insulinproduktion, en höggradig insulin-känslighet, speciellt gäller detta snabbinsulin, en känslighet för muskelaktivitet som kan leda till snabba och kraftiga blodsockerfall och benägenhet för häftiga vore och kraftiga sk rekyler, dvs blodsockret stiger snabbt och kraftigt i höjden som svar på kroppens åtgärder mot blodsockerfallet. Det är sålunda många faktorer att ta hänsyn till vid behandlingen, och ibland kan det vara rätt så knepigt att stabilisera sockerläget. Några patentlösningar kan inte ges så här per korrespondens och bäst vore om Ni finge komma in på en klinik där man speciellt sysslar med diabetes. Jag vet nu inte till vilket sjukhus Ni hör, men tala med doktorn om en specialistremiss till en diabetesklinik. Är han villig skriva

en sådan, gör vi gärna ett försök på Södersjukhuset, om Ni nu inte till äventyrs redan varit hos oss och vi också misslyckats. Om ej så sänd en specialistremiss till medicinska kliniken IV, Södersjukhuset, 100 64 Stockholm, så får vi se om vi kan hjälpa Er.

Bo A—n

Nancy Eriksson Ur News Bulletin

Man hittar en del från olika länder i Internationella Diabetes Federationens tidning, som belyser hur olika förhållandena är för diabetiker.

Rumänien har som en programpunkt att få ett centralt register på alla diabetiker. Vad tycker vi?

Jugoslavien efterlyser hjälp till fattiga diabetiker för dietkost och vill ha lön till diabetiker, som är borta från sitt arbete. Man vill också ha ålderspensioner för diabetiker, särskilda barnhem och en såsom diabeteskost klart definierad kost.

Pakistan önskar fri sjukvård för alla diabetiker och arbetsträning för dem i särskilda arbetshem. Pakistans förbund vill också, att staten skall lämna lån och diabetesförbundet gå i borgen för byindustrier för diabetiker. »Med guds hjälp och folkets och regeringens bistånd tänker organisationen verka trots fattigdomen.»

I *Nigeria* har bildats ett hälsoråd, och på allmänna mottagningar har gjorts urinprov på befolkningen. Aktionen går under mottot: Full life despite diabetes.

Har Ni någon fråga, skriv till

»FRÅGAN ÄR FRI!»

Tidningen Diabetes

Box 6609

113 84 STOCKHOLM

England. Där har man sociala försäkringar för diabetikerna, som fyller ut med hjälp av staten och enskilda. Det sociala skyddet är betydligt starkare hos oss, vilket innebär, att förbundet i England har mycket större sociala uppgifter än vi.

Om sport och idrott läser jag följande: Alpbestigning, simning och boxning, långdistanslöpning och djupdykning bör bestämt undvikas. I *Ungern* är sportgrenar med risk för patienten att falla ner eller förlora balansen förbjudna, i *Israel* är i lag nattskiftsarbete förbjudet för diabetiker och i *Öst-Tyskland* får man överhuvud taget inte delta i tävlingssport. Hos oss har man diabetiker i både individuell och lagidrott, flera verkliga ess.

Ja, det var några klipp.

BREVVÄN

Young Dutch diabetic (23) would like to correspond with young diabetics. You can write in English or German.

Harrie van Veen, Griegplein
172, Schiedam, 3150/Holland.



Professor Rolf Luft gratuleras av Sir Arthur Young

Professor Rolf Luft president i IDF

Vid General Council's sammanträde i Brüssel onsdagen den 18 juli valdes professor Rolf Luft till ordförande i Internationella Diabetes-Federationen (IDF) efter Sir Arthur Young, som utnämndes till hedersordförande.

Glada och stolta

är vi i Diabetesförbundet över den storartade utmärkelse, Jahrepriset, som den 2 juni tilldelades vår styrelseledamot professor Rolf Luft. Jahrepriset är den högsta medicinska utmärkelsen i Norden och kallas ibland för det lilla Nobelpriset.

Priset är på 100.000 norska kronor och utdelades under festliga former i Oslo universitets aula av skeppsnedare Anders Jahre. Priset får Rolf Luft för sina stora forskningsinsatser för diabetessjukdomen. Det är honom väl unt.

NE

Njut sommaren

Bad och skogspromenader, lata stunder i hängmattan... ta det lite enkelt, ät lite lätt! En tallrik färska bär* med Diabet över. Smakar härligt. Och ett glas Heistad saft är friskt och gott... varma sköna dagar. Apelsin-, svarta vinbär- och blandsaft finns att välja på. Osockrad — men inte osötad.

* Jordgubbar och smultron: 8,1% kolhydrat, 0,8% protein, 90% vatten.

Heistad ledande tillverkare av diabetesprodukter



tre Säljare KB: Importörvägen 19, 121 73 JOHANNESHÖV QS/81 01 25, Box 5, 200 73 MALMÖ 040/687 87, Kullögatan 14, 412 62 GÖTEBORG 031/16 31 70

Djupfryst diabetesmat

Förbundet har lyckats träffa ett avtal med Findus om att ordna en provförsäljning under en tidsperiod om ca 6 månader av ett antal (14) rätter ur Findus djupfrysta storhushållssortiment.

De utvalda rätterna som är speciellt lämpade för exempelvis diabetiker, kommer att försälas via fem lokalföreningar: Luleå, Stockholm, Norrköping, Göteborg och Malmö. Kooperativa Förbundets grossist, Promus sköter om distributionen till berörda föreningar.

Dessa rätter kan vanligtvis inte köpas i affärer i enportionsför-

packningar, vilket alltså är möjligt hos nämnda föreningar. Priserna per rätt varierar mellan 3 och 5 kr.

Det är vår förhoppning att detta initiativ av förbundet skall uppskattas av medlemmarna så att försäljningsresultatet blir sådant att en vidareutveckling kan ske. Försäljningen börjar kring den 1 september, då medlemmar och andra som önskar köpa någon eller några av dessa rätter — som är granskade av förbundets testkommitté — kan vända sig till ovan uppräknade lokalföreningar.

Red

Vallbo-lägret oas för diabetiker

mitt i den Jämtländska fjällvärlden

Vallbo — två pensionat och ett lappkapell stort — var för andra året i följd platsen för ett 50-tal diabetiker från hela riket.

Under en vecka 30 maj till den 3 juni fick diabetikerna i åldern 17—70 år genomföra en lägervecka där allt som hör till diabetikernas vardagsrutiner hade fått plats. Kost och motion dominerade dagsprogrammet, givetvis var det en hel del teori inbakad, där dieten förekom med föredrag av en rad tillresta experter.

Professor Rolf Luft, Karolinska Sjukhuset och gymnastikdirektör Folke Mossfeldt var tillsammans med kanslichef Ingmar Nygren-Bonnier gäster från Stockholm.

Från landstinget i Jämtland, som ställt medel till lägrets genomförande till förfogande, kom i första hand docent Ingmar Bergström, Lasarettet i Östersund. Med sig hade han ett kvalificerat team av personal som svarade för olika aktiviteter.

Vallboveckan har uppmärksamats i hela landet och är på väg att bli ett begrepp. Sålunda kommer att arrangeras en liknande vecka i Blekinge omtalade kursledaren docent Bergström, förtroendeläkare vid länets diabetikerförening, förtroendeläkare vid länets diabetikerförening, som överlämnas av ordföranden, Oscar Johansson, Frösön.



Docent Ingmar Bergström, Östersund, förtroendeläkare vid länets diabetikerförening, mottar en minnesgåva som överlämnas av ordföranden, Oscar Johansson, Frösön.

Avsikten med Vallboveckan är att sprida information. Deltagarna väntas föra kunskaperna vidare på sina respektive orter.

På lördagen den 2 juni kom ett 50-tal medlemmar från länsföreningen på besök i Vallbo och fick i strålande väder uppleva en kursdag uppe i fjällvärlden. Medlemmarna själva bidrog också till trevnaden med bl a sång och musik. Såväl våra medlemmar som deltagarna i Vallboveckan tyckte uppskatta besöket.

Oscar Johansson

Synpunkter på Vallboveckan

Jag kom till Vallbo med bara några månaders erfarenhet av diabetes. Jag for därifrån med kunskaper som det skulle tagit mig år att få genom läkarbesök, läsning, samtal med andra diabetiker och genom egna misstag.

Vi gymnastiserade i Anarisfjällets skugga, vi sprang eller promenerade på vår trekilometersslinga i skogen på 580 meters höjd. Vi grillade korv på Ottfjället. Vi stånkade oss upp på Middagsvalens topp. Vi drack vårt termoskaffe vid Vålåns forsar.

Allt efter ork, läggning och lust spelade vi fotboll, badminton, volleyboll och pingis. Det fanns t o m dom som påstod sig ha trampat en massa kilometer på motionscykel som lär ha funnits någonstans...

Vi var ett gäng stamkunder som varje dag samlades i bastun en stund före middagen. Schottis och jämtländsk snoa lockade många att avstå från sömn i den ljusa sommarnatten.

Vi höll igång, och vi hade roligt.

Av all denna aktivitet fick många av oss insulinkänningar, och även comafall förekom. Veckan blev ett handgripligt bevis för tesen att motion verkar som insulin, vilket vi alla kunde avläsa i våra Clinitest-dagböcker — prov fyra gånger om dagen var obligatoriskt.

Vi diskuterade fruktsocker, stekpåsar och lättmargarin med dietisterna Barbro Borg och Kerstin Grahn. Vid sina individuella konsultationer korrigerade de i detalj våra matvanor.

Kerstin Sparre från Karolinska — och de andra duktiga sköterskorna Barbro Wallentin och Carin Cars — lärde oss att skilja på bra och dåliga engångssprutor och vilka krav vi har rätt att ställa vid besök på apoteket. De delade ut illustrerade instruktioner för injicering — »styckningsschemat». Och de höll privata mottagningar, där den som ville fick reda på hur

man handskas med sprutpistol, hur man blandar två insulinsorter eller hur man sticker sig själv i rumpan utan att vara ormmänniska . . .

Eva-Britt Persson från sjukhuset i Östersund ställde sin storartade blodprovsmaskin till förfogande. Vi fick löfte om att efter veckan få skriftliga resultat med tolkningsanvisningar av ett 30-tal värden från de prov som togs veckans första och sista dag. En öppenhet som inte alla av oss är vana vid . . .

Läkarna Ingmar Bergström och Sigvard Olsson från Östersund tog emot var och en av oss minst tre gånger under veckan, höll föredrag och besvarade tjoftals av de frågor vi funderat på och sänt in i förväg. Vi fick en ingående bild av sockersjukans uppkomst och förlopp. Vi fick en sansad och realistisk beskrivning av riskerna för följd-sjukdomar och bästa sätten att förebygga dem. Vi fick vår litteraturlista kompletterad (främst med dansken Jacob Poulsens »Sukker-syge«). Och vi diskuterade öppet tobak, sprit och sexualfrågor.

En höjdpunkt var när professor Rolf Luft på ett för oss alla begripligt sätt redogjorde för vad forskarna sysslar med i dag när det gäller sockersjuka. Han berättade hur man i laboratorier håller på att ringa in det enda fel i bukspottkörtelns betaceller som gör att diabetikern inte producerar insulin. Han beskrev underkänsligheten för insulin i levern hos sockersjuka. Han hoppades att dessa båda problem skall vara lösta inom fem år och att detta innebär att färre personer än hittills skall behöva insulin. (Om detta har han lovat

skriva i Diabetes — ingen bör missa den artikeln!)

I solskenet på Vallbogårdens gräsplan hade vi grupparbete om sociala frågor. Vi fick sedan chans att diskutera problemen med etablissemangen, när frågepanelen förstärkts med Ingmar Nygren-Bonnier från Diabetesförbundet samt en tremannadelegation från Jämtlands landsting med landstingsrådet Evert Eriksson i spetsen. Många av oss hade anledning att kritisera den lokala tillämpningen av skatteavdrag för förhöjda levnadsomkostnader för diabetiker. Stor-Stockholms Lokaltrafik (SL) drogs fram som exempel på företag med diskriminerande anställningspolitik. Kosthållet för pensionärer och skolgång tog fram som exempel på andra brister över hela landet som Jämtlandspolitikerna fick stå till svars för.

Vid sidan av lektionerna i gammeldans gav oss Folke Mossfeldt råd om hur vi skall ta med oss motionen i arbets- och vardagslivet.

Kritiken då? För många insulin-känningar och för mycket mat var huvudpunkterna vid kursgenomgången. Ingmar Bergström svarade att man övervägt att vid Vallboveckans början generellt sänka insulin dosen för alla deltagare. Det där med maten får värdfamiljen Olofsson ta åt sig som välförtjänt beröm . . .

Enligt Rolf Luft är Vallboveckan unik även internationellt sett. Därför är det ett avancerat krav och en hög betygsättning från grupparbetet — en Vallbovecka i varje landsting. *Hans Svensson*

FÖRENINGSNYTT

OSKARSHAMN

Oskarshamnsortens Diabetesförening och en del synskadade från De blindas förening har gjort en resa till Kolmårdens djurpark i strålande väder.

Resan avgick från Stora torget. Två fullsatta bussar med glada resenärer och reseledare Ewy Elvingsson och Birgit Aldbring. Middag intogs på Konsum i Norrköping. Efteråt ställdes färderna till Kolmården. Till safariparken åkte sen resenärerna med buss.

Efter rundvandringen gick färderna hemåt. Allsångsledare var Birgit Nilsson som ibland avlöstes av Helge Jarelid, Berga. Stämningen var på toppen under hela resan.

ARVIDSJAUR

En satsning på information för våra medlemmar tyckte vi inom styrelsen var en god idé. Därför anordnade vi den 24—25 mars en diabetesträff utformad som en kurs i diabetesfrågor. Ett 50-tal deltagare först och främst från vår egen förening som omfattar Arvidsjaur och Arjeplog men även från andra föreningar i Norrbotten kom. Föreläsare var Marja Aho, Boden, Kerstin Sparre, Stockholm och Bertil Edman, Boden. Kostfrågor, näringslära, diabetes och dess behandling, motion och kondition diskuterades. Börje Larsson infor-

merade om förbundets verksamhet. En önskan om utbildning av fler diabetessjuksköterskor framkom under diskussionerna.

Söndag förmiddag bjöds deltagarna på utflykt till vårt vackra fjäll »Vittjokk». Mycket snö och strålande sol mötte oss och det blev en upplevelse och en uppskattad avslutning på en trevlig och lärorik helg.

E H

ÖSTERSUND

Diabetesföreningen i Jämtlands län som reorganiserades i våras avser att under eftersommaren göra rundresor till läkarstationer och distriktssköterskor över hela länet i syfte att sprida information om diabetes och den lokala föreningen. I planerna ingår också att på olika platser ute i glesbygderna söka skaffa kontaktmän. Läkarna är mycket positiva till detta initiativ. Föreningen avser att söka anslag från landstinget för att täcka del av kostnaderna för dessa rundresor, som genomförs av styrelserepresentanterna Oscar Johansson, Gunnar Norrfors och Tage Johansson.

UNCLE

KRISTINEHAMN

Diabetesföreningen har haft utflykt till Storfors där kyrkan och Folkets hus besågs. Ordf Carin Carlsson hälsade deltagarna välkomna och musikdirektör Ellen Ullén-Graaf sjöng solo: »En vänlig grönskas rika dräkt» av Waldemar Ahlén. Sedan berättade kyrkvaktmästare Oscar Jernberg om kyrkans historia och om den nya kyrkans tillkomst, som var mycket

intressant. V ordf pastor Thore Tiegland inledde en andaktsstund med ps 474:1—3 och höll en kort betraktelse. Sedan sjöngs 474: 4—6. Ellen Ullén-Graaf sjöng: »O vad världen nu är skön» av W A Mozart. Pastor Tiegland avslutade med gemensam bön: Fader vår. — Färden ställdes sedan till Folkets hus, där kaffeborden stod dukade med härliga smörgåsar och gott kaffe. — Gunnar E Carlsson demonstrerade nya engångssprutan. — Carin Carlsson berättade om Diabetesgården i Nordanede, som hon efter besök varmt rekommenderade, och hon tackade Storfors-medlemmarna för god hjälp med böss- och textilinsamlingen. — Vaktmästare Ingmar Johansson visade sedan Folkets hus, som är imponerande och Storfors stolthet.

G C:n

TÄNK PÅ NARKOTIKA- PROBLEMET!

Glöm ej att förstöra
Era använda
engångssprutor

UPPSALA

Uppsala läns Diabetesförening har haft sin årliga utflykt med avgång från Uppsala till bl a Engso och Tidö slott. Under hemresan gjordes uppehåll vid Vallby friluftsmuseum strax utanför Västerås, där gamla ditflyttade byggnader besågs, en del olika hantverkare i i verksamhet och eftermiddagskaffe intogs.

MOTALA

Ett 50-tal medlemmar från Motala Diabetesförening besökte den 13 maj Höje kursgård på Omberg där kantor Rolf Erixson talade om Omberg samt om bergets botaniska värde. Föreningen som är nybildad verkar inom blivande Motala stor-kommun.

Ordföranden Nils Johansson, Vadstena, hälsade medlemmarna välkomna och ledde en kort förhandling. Efter kantor Erixsons föredrag serverades landgång och kaffe, varefter Gunnel Lundquist talade om kursgårdens förflutna som bl a skogsbruksskola och jägmästarbostad. Efter kaffet fick deltagarna tillfälle att på en motionslinga lära känna ombergsterängen.

Mat-tips

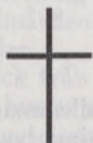
Assistent Ulla Sahlén medverkar varje vecka i ICA-Kuriren och kommenterar tidningens veckomat-sedel samt lämnar förslag till utbyten för diabetiker.

LANDSKRONA

Föreningen för Sockersjuka i Landskrona har nu fått expeditionslokal på Vallgatan 2 A. Tills vidare hålls expeditionen öppen andra och fjärde måndagen i varje månad klockan 18.00—20.00. Telefonnumret är 0418/252 38.

B F

ÖREBRO



Rolf Carlsson

Med sorg och vemod fick vi erfara att Du gått över gränsen dit varifrån ingen återvänder. Trots att Din hälsa vacklade och trots att Livet gav Dig så många hårda törnar, kämpade Du ändå så tappert in i det sista för Dina svaga likar. Du var en av dem som grundlade vår förening, och under många år ledde Du vårt arbete som dess ordförande. Under den tiden utvecklades Diabetesföreningen i Örebro med omnejd mycket starkt, det skapades arbetsro och trivsel bland oss alla. En obrottslig plikt känsla präglade Ditt arbete, och Ditt främsta rättesnöre var lojalitet och samarbete, en anda som var helt likt Ditt eget kynne. Du offrade Dina natters sömn för mål som Du trodde på men som Du aldrig fick uppleva. Må vi fortsätta Ditt arbete där Du alltför tidigt tvingades sluta. Ditt minne som den äkta och fridsamma människa Du var skall mycket länge leva bland oss.

Arne Lännström

KRONOBERG

Diabetesföreningen Kronoberg har under två år haft matlagningsskurer som varit väl besökta. Den första kursen leddes av dietisten Monica Malm. Den andra kursen, som började våren 1973 med ekonomiföreståndare Gunnel Sjöfors som ledare, fick så många deltagare, att det blev nödvändigt att dubblera den. Annonser infördes i dagspressen i föreningens och Vuxenskolornas regi. Till allmän glädje befanns ett par av deltagarna vara kokerskor, vid vårdhem. De hade hand om diabetesdieten och ville lära sig mera i ämnet. Ja, t o m en hushållslärarinna går på kursen. Deltagarna är mycket nöjda och till hösten kommer också försök att göras att få igång en kurs i Lenhovda och en i Lessebo.

S P

FÖRENINGSMÖTEN

GÖTEBORG

Göteborgsföreningen har höstmöte tisdagen den 16 oktober kl 19 i Munkebäcksgymnasiet, Göteborg. Kvällen ägnas huvudsakligen åt diabetikernas sociala problem under medverkan av bl a representanter för förbundsledningen och olika myndigheter. Se vidare i nästa nummer av Diabetes. Även andra intresserade är välkomna.

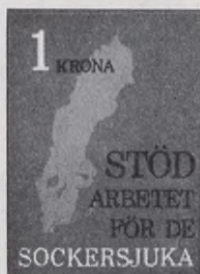
UNIL

Stöd arbetet för de sockersjuka!

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

Svenska Diabetesförbundet
Box 6609
113 84 STOCKHOLM

*Diabetesförbundets
brevmärke*



Undertecknad beställer härmed att sändas mot postförskott:

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

..... st märken à 1:— kr

Porto tillkommer.

Namn:

Adress:

Postadress:

Läs Diabetes

Prenumerera på Diabetes

Rekommendera Diabetes

Forts från sidan 3

Samma upprepade fruktlösa försök på den kliniken, innan det blev napp. Nej, det var en annan klinik, just den man först vänt sig till. Nå, föräldrarna är outtröttliga, det gäller en liten sons syn. Efter åtskillig tid kom man fram igen. Beskedet: denna klinik stänger nu ett par månader. Månaderna gick, försök igen. Beskedet: ingen idé, det tar många år, innan ni kan få någon chans till operation. Sök privatläkare. Hittar två, varav båda håller på att arbeta ihjäl sig och inte kan ge någon tid för pojkens operation. Föräldrarnas enda tröst är, att pojken troligen får behålla synen på ena ögat, om han nu inte blir opererad. Återstår hoppet till att låna ihop pengar av släktingar och andra och komma till en klinik i utlandet. Det gäller dock sonens syn.

Detta är svensk sjukvård av i dag. Medan statistikkurvor utarbetas, projekt — planer göres upp, rutiner granskas för att administrationen skall bli upp to date. Man har lust att säga: *Kör ut månglarna ur templet och ta in sjukvårdsfolket.*

På våra hemställanden har vi fått avrundade och värtaliga svar:

1. Socialstyrelsen har gjort en utredning enligt vilken väntetiden bara är *genomsnittligt* 1 år.

2. Fler optiker kommer att utbildas. (Diabetikerna är inte hjälpta av optiker.)

3. Svag rekrytering till ögonläkartjänster. — Vi hade bett, att man skulle stimulera fler medicine studerande att i sin AT-utbildning byta några månaders kirurgi mot ögonsjukvård. Vi hade också före-

slagit att ge en extra stimulans till ögonläkare genom dispens från enhetstaxan inom en specialitet, som har svårt att dra folk till sig.

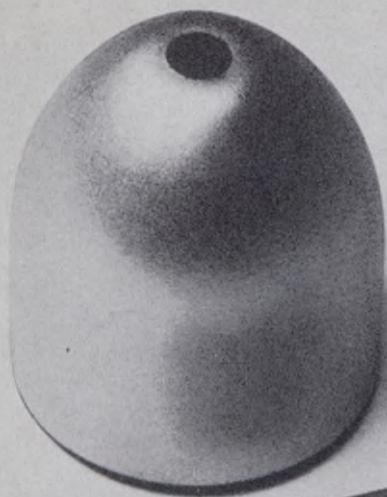
4. Vi har vidare menat, att ögonklinikerna skulle utbyggas med sjuksköterskor, som har möjlighet att ta hand om patienterna, när läkaren undersökt dem, och möjlighet att se till att de åtminstone hittar ner för trappan, om de ser illa och vidare att de hemma kan sköta sig. Alltså den sorts kvalificerad klinikerservice, som nu håller på att växa fram för diabetesvården på en del håll f ö.

1970—71 beräknades bristen på ögonläkare vara 200. Ingenting har skett. Det är cyniskt att bara tala om blindpension och blindvård, när man uppenbarligen genom medicinsk vård skulle kunnat undvika att synen förloras.

Även om det rör sig om en mycket liten del av Diabetesförbundets medlemmar, kommer förbundet — just med hänvisning till överläkarna Fagerbergs och Christianssons betonande av att *förebyggande ögonkontroll inte får eftersättas med risk för komplikationer vid dröjsmål* — att sätta ögonsjukvården som vårt främsta vårdkrav. Även om vi skall tvingas till demonstrationer och en störande offentlighet, kommer vi inte längre att låta oss tystas av verserade tal från statsråd och myndigheter. Kan vi inte kosta på oss att rädda synen på en liten medborgare, när det finns medicinska möjligheter, då kan vi inte kalla oss kulturturnation längre.

Waney Eriksson

AB Sunco



r lika med
ckerbit.

nehåller tre sötningsämnen:
annitol och sorbitol.

6000248919



Göteborgs universitetsbibliotek

INSULIN *Vitrum*

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

Insulin 40 IE

Insulin 80 IE

Insulin NUSO 40 IE

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

Insulin Special 40 IE

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

NPH-Insulin 40 IE

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

Zink-protamin-insulin 40 IE

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

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

Vitrum STOCKHOLM

