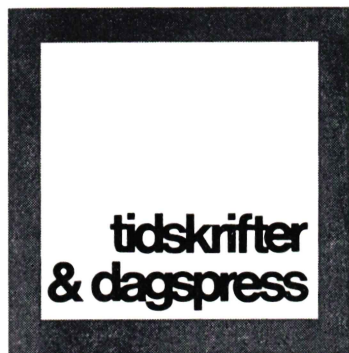




Red: E. Husmark och Y. Karlsson

Med andras hjärtan

De första hjärtöverföringarna på människor har gjorts och väckt ett enormt uppeende. De har återuppväckt debatten om dödsbegreppet och om människans rätt att bestämma över sin egen kropp. De etiska problemen är så stora att många anser det vara enda utvägen att utveckla konstgjorda hjärtan — även om donatorsproblemen löses på ett eller annat sätt kan aldrig tillgången på givare bli tillnärmelsevis lika stort som behovet. (Transplantationsproblemet behandlades utförligt av professor Gustav Giertz i smt nr 10/67 sid. 551)

— Det är eller blir snart möjligt att rädda en livskraftig men sjuk eller skadad människa genom att överföra organ från en hjärndöd men ännu hjärtlevande människa och det blir möjligt bara på detta sätt: nuvarande svenska lagstiftning som endast medger transplantation av organ från hjärtdöda räcker inte till, skriver *Dagens Nyheter* (9/12).

När immunitetsproblemen lösts — transplantationstekniken är redan löst — kommer kanske snart anspråk på att man inte bara skall ha rätt att ta organ från en hjärndöd, utan att man också avsiktligt och artificiellt skall hålla medvetande döda vid omedvetet, biologiskt liv som "organpreparat" för andra. Det kan tänkas att en del människor på förhand frivil-

ligt erbjuder sig för denna roll när deras medvetna liv slutat. Men för övriga måste man desto bestämdare hålla på regler som garanterar humanitet mot de döende och hänsyn till de döda. Ingen bör mot sin vilja eller sitt förhandsmedvetande få hållas vid artificiellt liv enbart för att brukas som organbank, och inga anhöriga bör ha rätt — eller utsättas för anspråk — att ge tillstånd till något sådant.

Även om ett antal människor på förhand ger tillstånd till att deras organ efter hjärndöd men före hjärtdöd används för transplantation — vilket redan nu gällande regler ger möjlighet till — kan aldrig behovet av hjärtgivare täckas. Redan urvalet av mottagare måste vålla svårigheter.

Men allvarligare ändå är risken att de fascinerande medicinska framstegen när det gäller detta slags "kroppsvandring" leder till snedvridning av forskningens och läkarnas intresse, allmänhetens förväntningar och sjukvårdsresursernas inriktning och utnyttjande. Förebyggande hälsovård och "traditionell" sjukvård är och måste förbli det viktigaste i kampen mot hjärt- och cirkulationssjukdomar, njuråkommor och liknande.

Justitiekanslern beslöt i december att inte åtala de läkare som utförde den omstridda njurtransplantation på Karolinska sjukhuset i juli 1964. JK anser dock inte att läkarnas handlande är helt riktigt — hänvisningen till att den döende givarens make samtyckt till operationen baseras på en oriktig uppfattning av gällande rätt. Denna medger endast handlande efter givarens eget samtycke.

— JK:s ställningstagande liknar i mycket RÅ:s i samband med det s.k. Kirunamålet. RÅ avstod där från att fullfölja åtalet men markerade samtidigt att han ansåg läkarens förfarande felaktigt och framhöll att ett liknande mål i framtiden kunde tänkas få en annan och strängare bedömning, erinrar professor *Gunnar Biörck* i

Svenska Dagbladet (11/12). Ännu saknas en auktoritativ juridisk analys av konsekvenserna om man skulle börja laborera med två dödsbegrepp. Likaså ansågs det i den utredning som gjordes på medicinalstyrelsens uppdrag tveksamt om 1958 års lag om tillvaratagande av vävnader från avliden person utan vidare kunde anses tillämplig på ett nytt dödsbegrepp. Jurister och läkare bör gemensamt försöka komma överens om vad som kan anses rätt och riktigt innan det blir några fler mål.

Skulle hjärttransplantationer allvarligt komma in i bilden förstoras prioriteringsproblemen i alla riktningar: mellan givare och mottagare, mellan tänkbare mottagare inbördes, mellan transplantationsverksamheten och all annan sjukvård i landet — kanske också mellan våra sjukvårdsanspråk och medicinen i globalt perspektiv. Frågan är då om det i längden kommer att bli möjligt för dem, som grundar sin uppfattning om liv och död i främsta rummet på humanitära argument, att motstå trycket från företrädare för sociala och ekonomiska opinioner i samhället. Tillbud till kollisioner har redan förekommit, slutar professor *Biörck*.

Tilläggas bör endast att en framstöt gjorts i Nordiska rådet för att få nordiskt enhetliga lagar om transplantationer. Också frågan om dödsbegreppet föreslås tas upp på detta plan.

Nya rön om transplantationer avslöjades på läkarstämman i december. Ryssarna presenterade hoppgivande resultat, när det gäller bentransplantationer. Svenska njuröverföringar har drabbats av ett halvt års stopp — det är narkomaners gulsot som gör risken för stor för misslyckanden genom smitta via överfört blod.

Vårdyrkesreform

Splittringen på vårdyrkesområdet är stor — det finns minst ett 30-tal olika yrken, ett hund-

ratal läroplaner är fastställda och samordningen mellan olika kurser saknas eller är bristfällig. Ett annat vanligt hinder för samundervisning är de föräldrade och otidsenliga föreställningar om olika yrkesgruppers status som har konserverats till våra dagar inom sjukvården mer än inom något annat yrkesområde, skriver studierektor *Bengt Kettner*, Uppsala, i två artiklar i Dagens Nyheter (24/10 och 16/11). Han efterlyser därför en reform, en enhetlig utbildningsorganisation för hela vårdsektorn med kontinuitet från nybörjarstadiet upp till högsta nivå och med inträde direkt från grundskolan. Varje etapp i undervisningssystemet bör ge möjlighet till val mellan förvärvsarbete eller fortsatta studier. Fem olika nivåer vid tre på varandra följande skolformer skisseras.

Direkt efter grundskolan skulle eleverna börja utbildningen inom en nyinrättad linje av fackskolan, medicinska fackskolan. Den vore lämpligen tvåårig som fackskolan i övrigt, men bör i motsats till denna stå öppen för alla grundskolans elever utan omvägar i form av kompletteringar eller praktiktid.

Redan efter medicinska fackskolans första årskurs kan de elever som så önskar avbryta sin utbildning och ta anställning i underordnade befattningar. De flesta förutsättes dock fortsätta, varvid elever med förkunskaper från grundskolans praktiska linjer först kompletterar vissa teoretiska ämnen. Medicinska fackskolans andra årskurs bör vara differentierad i åtminstone tre grenar, nämligen barnavårdsgren, sjuk- och äldreomsorgsvårdsgren samt gren för tekniska vårdyrken. Under andra årskursen förs eleverna till ett stadium som motsvarar och i teoretiskt avseende överstiger t ex den nuvarande undersköterskeutbildningen.

Nästa utbildningsstadium, vårdassistent-skolan, bör leda till en kompetens motsvarande till exempel dagens sjuksköterskeskola respektive den medicinska assistent- och förskolläraryrket. Tre terminer torde vara en lämp-

lig undervisningstid. Redan från början måste eleverna differentieras.

Vårdsektorns mest avancerade befattningar skulle kunna nås genom särskilda vidareutbildningsinstitut, vårdhögskolorna, med ett stort antal alternativa kurser, vardera om förslagsvis två terminer. Jag föreställer mig två huvudgrupper, dels vidareutbildningskurser, dels högre kurser. Vidareutbildningen skulle stå öppen för vårdassistenter, eventuellt efter yrkespraktik.

En vidareutbildningskurs ger inträde till högre kurser, som är avsedda för blivande vårdyrkeslärare, administratörer eller arbetsledare samt för specialarbetare till vissa vetenskapliga eller annars särskilt krävande uppgifter.

Från detta krön på vårdyrkesutbildningen bör möjlighet ges att komplettera för inträde till akademisk utbildning, en "långvägarlinje" som skulle stimulera rekryteringen. Vägen öppnas alltså även till läkarutbildning.

Detta system, skulle, menar rektor Kettner, främja rekryteringen och minska avgången genom vidareutbildningsmöjligheterna. Expansion skulle kunna genomföras till rimliga kostnader och statussynpunkterna minska i betydelse. En biprodukt är också en för alla vårdyrken gemensam karriärstege, man skapar reda i löne- och titelfloran. En uppdelning av huvudmannskapet kan övervägas.

Den medicinska fackskolan skulle då kunna inpassas bland övriga fackskolelinjer under primärkommunal myndighet, det vill säga under de lokala skolstyrelserna. Vårdassistent-skolorna, som av pedagogiska och administrativa orsaker troligen bäst samordnas med den regionala sjukvården (bland annat behöver de disponera praktikplatser åt sina elever), ställs liksom denna under landstingen. Vårdhögskolorna, som blir för hela landet gemensamma utbildningsanstalter på högsta nivå, bör ges en självständig ställning under central ledning.

Finare vård — och fattigvård

Varför skall inte en officiell utredning kunna göras med litet av samhällsforskarens skarpsinne och fantasi? Tänk om vi ändå hade ett rejält socialt forskningsinstitut, som kunde skaffa fram data till hjälp i behandlingsplanering, inte bara trava sifferuppgifter i staplar för att visa att vi inte lyckas bota kroniska sjukdomstillstånd, skriver direktören i Stockholms nykterhetsnämnd *Lars Bremberg* i *Socialt Forum* (9/67) som kommentar till kanslirådet *O Larnstedts* utredning "Nykterhetsvårdens läge". (Utredningen refererades i *smt* 10/67.)

Det är synd att Larnstedts utredning skjuts sönder och samman av dem som kan visa på siffrornas torftighet och slutsatsernas bristande logik. Det är synd, därför att utredningens solidariserat sig med ett antal av de ideer som idag är gängse bland framåtblickande socialvårdsdebattörer.

När utredningen hårt kritiserar nykterhetsvården och säger sig kunna konstatera dennas totala misslyckande, så stöder man sig på fakta och siffror, som rör vårdområdets kroniker, som hittills ingen vård i något land har lyckats återanpassa till en normerad tillvaro. Man utgår från en målsättning, som visserligen är nykterhetsvårdslagens ("att återföra någon till ett nyktert liv") men ingalunda den medicinska eller sociala expertisens. Däremot ägnar man föga utrymme åt den på frivillig basis byggda vård, som kännetecknar den moderna nykterhetsvården, en integration av socialt, psykologiskt och medicinskt behandlingskunnande, bedrivet i lagarbete och med klienten som självklar deltagare och som till sitt förfogande har ett rikt differentierat system av resurser och åtgärder. Utredningen beskriver, som ett framtidsmål, just en sådan behandling liksom en del andra vetliga nya metoder på detta område. Men man glömmer bort

att säga, att sådant arbete sedan årtal bedrivs i flera av våra större städer, att alla förslagen redan framförts i tal och skrift av företrädare för nykterhetsvården.

Tvångsåtgärderna bör skiljas från socialorganen, säger utredningen. Men en boskillnad som innebär att någon annan än socialvårdaren får hålla i skaffet när yxan skall gå genomskådas av klienten och dessutom riskerar vi att asociala alkoholister förvaras i tvångsarbetsläger efter dom och rannsakan. Frågan om var gränsen går mellan frihet och tvång är inte så enkel att den kan dras mellan vissa lagparagrafer. Man borde närmast penetrera semantiskt, psykologiskt, juridiskt men i vardagstermer hur begreppen tvång och frihet upplevs i olika situationer och av olika människor.

Frågan är om den väsentliga gränsen i vårdarbetet går mellan tvång och frihet. Är det inte en ännu viktigare gräns som vi har dragit mellan finare vård (rådgivningsbyråer, PBU, sjukvård) och fattigvård (socialhjälp, kriminalvård, "tyngre" nykterhetsvård, ålderdomshemsvård)?

Det är enorma skillnader mellan de resurser, som vi tillhandahåller dem som frivilligt kommer och söker hjälp, och vad som erbjuds dem i vars avvikande personlighet ingår motvilja mot att söka vård eller avsaknad av motivation.

Kan inte det formella, administrativa tvånget upplevas som mindre ingripande än det tvång som kan ligga i en överbeskyddande omvårdnad, eller i den passivitet som patientrollen innebär. Patienterna på nykterhetsvårdsanstalterna tycks inte lida av akut och ständig vantrivsel därför att de formellt befinner sig där mot sin vilja. Anstalterna har ofta prägel av små samhällen med många positiva drag. Om tjänsteman efter tjänsteman plockades bort successivt skulle man kanske upptäcka att man åstadkom-

mit ett självständigt fungerande samhälle, vars medlemmar fungerar socialt och inte vill därifrån. Det talar för att man praktiskt bör pröva sådana livsformer för svårt socialt missanpassade i stället för att ta på sig den hittills omöjliga uppgiften att återanpassa dem till den miljö de så grundligt misslyckats i. Bremberg fortsätter:

Trots de snyftreportage som unga gröna reporters i pressen stundom gör sig skyldiga till — och TV för jämnar — så ser verkligheten om rättssäkerheten i socialvården helt annorlunda ut. Här har införts en ambitiös instansordning. Den prövning av tvångsåtgärder som äger rum i våra länsstyrelser sker med grundlighet och oväld och står ingen domstols efter. Snarare har man ibland anledning att fråga sig om vi inte överdriver det juridiskt/rättsliga inslaget i vår socialvård. Den juridiska prövningen är pedagogiskt olycklig, den understryker uppfattningen att man har att göra med straff eller sanktioner. Och den leder inte alltid till de för individen bästa resultaten. Vill man understryka vårdmomentet och samtidigt behålla den enskildes möjlighet till en prövning i högre instans, så skulle man ersätta juristinstanserna med överprövande expertorgan, där vår alla främsta expertis på olika vårdområden finge pröva ändamålsenligheten i fältorganens vårdbeslut.

Fosterhems värde

Debatten om fosterhemmen blossade upp under hösten, men kom främst att kretsa kring frågan: hur mycket skall fosterföräldrar ha betalt? De flesta är eniga om att normalfosterlönen på 255 kr per månad är för låg — det kan knappast anses rimligt att på detta sätt utnyttja människor som hjälper samhället att skapa ett i de allra flesta fall oerhört mycket bättre — och billigare — alternativ till barnavård än barnhem.

Statsrådet och familjeministern

Camilla Odhnoff har i TV och i riksdagen pressats på ett löfte att höja fosterlönerna men naturligt nog tvingas undvika konkreta siffror under ett känsligt budgetbehandlingsskede. Hon har främst betonat att fosterhem måste ha idealitet och att normalfosterlönen inte är enda möjligheten — i vissa fall kan ersättning på upp till 1 000 kr per månad betalas ut. Även familjeministern medgav dock att nuvarande belopp inte är någon adekvat ersättning för fosterföräldrarnas vård och fostran.

— De s.k. okomplicerade fallen med fosterhemsvård blir allt färre och de svåra allt vanligare och likaså blir de mycket långvariga fosterhemsplaceringarna ovanligare och de kortare vanligare, betonar *Dagens Nyheter* (1/12).

Denna förskjutning mot svårare och rörligare vårduppgifter för fosterföräldrar är ännu ett argument för betydligt bättre ersättningar, som kan öka tillgången på och urvalet av lämpliga fosterhem; när kvaliteten på dem kan hållas hög, och när fosterföräldrar också får utbyggt stöd med service och rådgivning och kanske speciell utbildning, blir "samhällsvård" i fosterhemmets privata miljö ändå fortfarande billigare, men framför allt vanligen också bättre än vård i andra former.

Ingen Råbyskandal

Råbyskolan har fått ta emot ett klientel som ingen förutspått. I stället för att erbjuda adekvata rehabiliteringsmöjligheter för unga alkoholmissbrukare har skolans huvuduppgift blivit att taga hand om ett narkotikaklientel från Stockholm, där i de flesta fall skolans psykiatriska expertis kunnat konstatera att narkotikamissbruket endast varit ett delsymtom på ett större psykiatriskt komplex, skriver rektor Bertil Göransson, Råby yrkesskolas chef, i Arbetet

(27/11) som en kommentar till överläkare Torsten Thysells larm-artikel i Socialmedicinsk tidskrifts novembernummer.

Detta har på den psykiatriska sektorn skapat de problem som belysts av överläkare Thysell i den aktuella artikeln. Dock måste man konstatera att den psykiatriska vård som ges på Råby-skolan är alternativ till ingen vård alls. Stockholm har i dag inga som helst möjligheter att bereda dessa ungdomar vård på psykiatriskt sjukhus, enligt vad som gång på gång kunnat konstateras vid våra kontaktkonferenser med företrädare för barnavårdande myndigheter där.

I presskommentarerna har speciell vikt lagts vid att 19 "själv-mordsförsök" ägt rum under året. Det är dock väl känt att ungdom i en tvångssituation kan använda sig av rispingar i armarna som demonstrationsargument mot omhändertagandet. Så har varit fallet här. Endast 4 av de hittills 70 intagna har behövt psykiatrisk intensivvård efter självmordsförsök och dessa hade redan före Råbytiden gjort allvarliga självmordsförsök.

Styrelsen för Råbyskolan har inte suttit överksam under året utan agerat på olika plan, vilket resulterat i att skolan sedan artikeln skrevs fått ytterligare en överskötersketjänst och två vårdare och dessutom får en biträ-

dande överläkare på deltid. Från årsskiftet får skolan 59 medarbetare till de 60 elevplatserna och måste, med vilka krav man än ställer, konstateras vara välutrustad som social rehabiliteringsinstitution.

Problemet i dag är således att den akuta psykiatriska vården som borde bedrivits vid psykiatriska sjukhus i Stockholm har överskjutits på den sociala institution som Råby är och skall vara. Detta är en klart otillfredsställande situation, som vi på Råby-skolan icke kan lösa. Vi kan inte mer än göra berörda myndigheter uppmärksamma på förhållandet, och så har således skett.

På alla övriga sektorer inom skolans verksamhet är det emellertid icke på något sätt någon oroande situation.

Någon "social-medicinsk skandal" är således inte Råby-skolan. Men frågan om hur storstäderna skall ge detta tonårsklientel akut psykiatrisk vård är ett för oss brännande aktuellt problem. Kan denna fråga bringas till sin snara lösning, kommer Råby-skolan att kunna klara alla sina uppgifter på rimligt sätt, slutar rektor Göransson.

Artikeln har obestriddligen väckt uppmärksamhet. I pressen har den utlöst sådana konstateranden som "Rehabiliteringsfiasko", "Skandalösa vårdresurser", "Socialmedicinsk skandal" etc., erinrar *Arbetet* i en ledarkommentar (29/11). Tidningen prisar Råbyskolans led-

ning som arbetat föredömligt i en svår situation.

Vad man beklagar är att inte artikeln i Social-Medicinsk tidskrift, som blev upphovet till en del överdrifter i pressen, gjorts mera nyanserad. Brister skall självklart påtalas, men med vetskap om hur lätt sådana här problem snedvrids och förstoras upp är det angeläget, att de ges en allsidig och rättvisande belysning. I annat fall är det nära till sådana beteckningar som skandal etc., vilka tyvärr kan drabba även dem, som gjort sig förtjänta av helt annan betygssättning.

Arbetets kritik väger uppenbarligen lätt, när man betänker vilka resultat som kommit efter smt-artikeln. Skolans personal skall förstärkas så att resurserna kommer mer i samklang med behovet än tidigare. Det är naturligt att en skolas ledare kan känna sig sårad, då uppgifter som överläkare Thysells i tillspetsad form via dagspressen förs ut till allmänheten och kommer skolan att framstå som en "skandal". Veterligt har dock varken rektor Göransson eller någon annan velat göra gällande att artikeln uppgifter var felaktiga. Artikeln belyste på ett sansat sätt ett missförhållande, att den ledde till dagspressartiklar förefaller ha gagnat saken, även om i detta led åtskilliga nyanseringar kommit bort.

socialmedicinsk tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 35, halvår kr 18.
Studerande helår kr 18.
Lösnummer kr 4.

Tidskriften utkommer med 10 nummer per år (1 per månad utom juli och augusti).

Återgivande helt eller delvis av originalartiklar ur smt utan angivande av källan förbjudes.

Annonssavdelning:

Red. Nils Byttner, Strandliden 60, Vällingby.
Tfn 08-38 52 99, 38 77 58.

Annonsspriser:

Omslagets andra sida kr 500, omslagets fjärde sida kr 600, första inlagssidan kr 500, helsida kr 450, halv sida kr 250, kvartsida kr 150. mm-pris kr 1: 25 pr enkel spalt 70 mm.

Spalthöjd 210 mm, spaltbredd 70 mm, sidans bredd (2 spalter) 150 mm.