

men i bilder, men den säger vad den menar, det finns ingen latent mening under den manifesta fasaden. Enligt Jung har individen ofta en serie av drömmar, vilka alla behandlar samma problem från olika aspekter. Jungs tolkningar är emellertid som bekant synnerligen fantasifulla, saknande en vetenskapligt kritisk attityd.

Maria Mahoney är mån om att visa att hon även beaktat den moderna sömnforskningen. Hon citerar bl.a. Dements iakttagelser om att individer, som berövas sin REM-sömn utvecklar psykiska störningar, detta närmast för att understryka drömmens stora fysiologiska betydelse. Enligt Jung är det av stor betydelse för den psykiska balansen att individen håller kontakt med sitt drömliv, att han försöker träna upp förmågan att erinra sig sina drömmar och tolka dem. Även i andra sammanhang försöker författarinnan, ehuru med ringa framgång, anknyta till modern naturvetenskap, fr. a. fysiken.

Boken har sitt givna intresse som en redogörelse för Jungs psykologi. En brist är emellertid att författarinnan så okritiskt skriver under på mästarens ord. Å andra sidan: en kritisk granskning av en icke troende hade kanske inte lämnat kvar mycket av Jungs tankebyggnad.

Bengt Jansson



Red: Sten Söderberg

Sjuksköterskor säger ifrån

En debattbok "Vi sjuksköterskor anse", utgiven av Svensk sjuksköterskeförenings förlag är resultatet av landsomfattande diskussioner inom Svensk sjuksköterskeförenings lokalavdelningar och rikssektioner.

Boken har väckt stor uppmärksamhet i dagspressen. Här återges en del avsnitt ur referat i Sv.D.:

Patienten tenderar att bli ett kolli som fraktas runt, benämns efter sin diagnos eller sitt sängnummer. Ofta förefaller det som om de tekniska frågorna intresserar personalen mera än de mänskliga. Som en av orsakerna utöver tidsbristen nämns de bristande kommunikationerna mellan personalkategorierna, vilket måste resultera i bristfällig information till den sjuke och hans anhöriga.

Kommunikationssvårigheterna påpekas ha direkt samband med bristen på program. I litteratur som behandlar företagsledning, understryks ofta att en av anledningarna till att stora och invecklade organisationer arbetar med låg effektivitet är, att organisationens medlemmar har olika uppfattningar om vad det är man strävar efter. Sjuksköterskorna upplever både direkt och indirekt oklarhet om organisationens målsättningar.

Frågan om att utarbeta och formulera program inbjuder till diskussion kring det aktuella äm-

net demokrati på sjukhus. Den debatten har hittills skjutit in sig på ledarskap och ledarskapsstilar, d.v.s. om demokratiskt eller auktoritärt ledarskap. Den betydligt mer intressanta definitionen av företagsdemokrati, nämligen inflytande i en eller annan form för de anställda i företagets beslutsprocess, har däremot inte varit föremål för diskussioner bland sjukhusfolket. Inom sjukvården skulle det vara möjligt att förverkliga en viss form av medverkan från de anställdas sida genom att vårdpersonalen finge vara med om att analysera och formulera målet för den verksamhet i vilken den deltar.

Även läkaren bör passa tiden

Samarbetet och kommunikationerna ägnas stort utrymme i boken. För att samarbetet skall fungera smidigt fordras att alla passar tider, även läkarna. Hela arbetsprogrammet på en hel klinik kan påverkas av att den läkare som leder det medicinska arbetet inte passar tiden. Liksom inom sjukhuset förutsätter arbetet i den öppna vården långtgående samverkan. Det totala resultatet skulle förmodligen bli större om ett medicinskt lagarbete kunde komma till stånd. Sjuksköterskan i öppen vård måste ha öppna och effektiva kommunikationsvägar till förmannen-läkaren. Det är speciellt viktigt i dagens situation, eftersom sjukhusens medicinska information till sjuksköterskorna i den öppna vården är synnerligen bristfälliga. Det förekommer att sjuksköterskan måste bege sig till läkarmottagningen för ett personligt besök för att få fram uppgifter, som skulle kunna erhållas per telefon.

Läkarna förefaller att veta mycket lite om det som sjuksköterskorna kallar det praktiska vårdarbetet, dess innebörd och uppläggning samt vårdpersonalens arbetsvillkor. Sjuksköterskorna i sin tur vet inte heller myc-

ket om hur läkarna ser på arbetsproblemen, och om hur de vill ha arbetet organiserat och utfört.

Sjuksköterskorna inom den slutna vården är väl medvetna om den bristande samordningen med den öppna vården. Konsekvenserna är allvarliga för sjuksköterskorna inom den senare vårdformen. Det är svårt för att inte säga omöjligt att överta ansvar och vård för sjuka utan att ha fått nödvändiga medicinska uppgifter om patienterna. Det är inte ovanligt att en sjuksköterska av en slump träffar på patienter långt efter det de skrivits ut från sjukhus för fortsatt vård i hemmet. Hon får i en sådan situation själv försöka få fram nödvändiga upplysningar. I regel försöker hon då per telefon nå patientens läkare. Frånsett att det är synnerligen tidsödande kan lätt missförstånd uppstå.

Besök är terapi

Sjuksköterskorna företräder en betydligt mera liberal inställning till besök hos sjuka än den nu vanliga. Det heter sålunda att besök av anhöriga och vänner bör betraktas som terapeutiska hjälpmedel i sjukvårdsarbetet. Det hör till god sjukvård att anpassa besöken till den sjukes tillstånd och behov av kontakter med yttre världen. Där inte besöksrum finns bör sådana inrättas. Två till fyra besökare per patient och dag är kanske lämpligast för de flesta sjuka. Då restriktioner måste införas på grund av den sjukes tillstånd skall detta meddelas till de anhöriga så snart som möjligt. På långvårdskliniker bör besökstiden utsträckas och barn ges tillträde.

Personalkris?

är rubriken på en ledare i Tidsskrift för Sveriges Sjuksköterskor (nr 17/68) där de ekonomiska

problemen och utbildningen berörs — ämnena som undviks i den refererade debattboken.

Arbetet inom långtidssjukvården av i dag ställer oerhört stora krav på ett gediget medicinskt och sjukvårdstekniskt kunnande och förmåga till bedömning och planering av de enskilda patienternas omvårdnadsbehov utöver de direkt av läkare fastställda medicinska åtgärderna. Det finns ingen s.k. lågfrekvent arbetstid inom långtidssjukvården eftersom de personliga omvårdnadsbehoven svårigen kan inpassas i en viss dygnsrytm. Detta förhållande innebär att arbetet är lika krävande under dygnets alla timmar.

Enligt § 37 i sjukvårdsstadgan får till vikarie för sjuksköterska endast antagas den som är legitimerad om inte socialstyrelsen medgivit annat. Med anledning av sjuksköterskebristen medgav dåvarande medicinalstyrelsen i cirkulär 1964 "att till vikarie på sjukskötersketjänst inom långtidsvården må tills vidare under vakans antagas undersköterska, mental-sjukvårdspersonal, som genomgått föreskriven grundutbildning, eller ålderdomshemsföreståndare, under förutsättning att den för vården ansvarige läkaren lämnat sitt samtycke härtil". Svensk sjuksköterskeförening har vid flera tillfällen uttryckt sin oro över denna dispensgivning och riktat kritik mot att det ej fastställts en tidsgräns för vikariatet.

Socialstyrelsen torde inte vara ovetande om de farhågor som sjuksköterskorna ute på fältet hyser för den vård som ges av denna för uppgiften utbildade personal. Det är farhågor som man tycker borde ge socialstyrelsen en tankeställare då det gäller den ej tidsbundna dispensgivningen.

Med hänsyn till det utomordentligt ansvarsfulla och påfrestande arbetet och till det stora behovet av kunniga sjuksköterskor inom långtidssjukvården hade SSF vid de senaste förhandlingsomgångarna yrkanden som tog särskild hänsyn till dessa förhållanden för sjuksköterskor som är verksamma inom det området. Arbetsgivaren svarade blankt nej och det är ett avslag som är svårt att förstå.

Situationen är den att behovet av institutionell vård blir allt större. Kraven på öppen och slutten vård skärps. På ålderdoms-

hemmen är nu flertalet gäster 80 år eller mera. Åldersförskjutningen betyder att tyngdpunkten flyttas alltmer från åldringsvård till långtidssjukvård.

Personalbristen utgör för närvarande ett svårt problem för hela vårdsektorn.

Denna brist kan leda till en kris inom långtidssjukvården. Skall behovet av effektiv långtidssjukvård, som omfattar både gamla och unga, kunna tillgodoses måste det finnas personal, kvalificerad personal, beräknad efter vårdbehov i tillräckligt antal och med tillfredsställande utbildning. Det finns sjuksköterskor, både yngre och äldre, som skulle söka sig till långtidssjukvården, om de kände att deras arbetsförhållanden var trygga. Men det är självklart att det uppstår ett visst motstånd, när de inte vet vilka medhjälpare de får. Lönegrad 13 är definitivt inte heller något slagkraftigt argument för långtidssjukvården i kampen om sjuksköterskorna.

Medicinare i sjukvårdsarbete

Kanske lösningen av en liten del av personalbristen ligger i ett förslag som i Sylfnytt (nr 5/68) framförs av med. kand. Sven-Erik Pettersson, Göteborg.

Att arbeta inom sjukvård betyder för medicinare inte enbart läkarvikariat. För yngre medicinare finns inte möjligheten till sådant arbete men i stället bjuds möjligheter, särskilt under semestertid, att arbeta inom andra vårdyrken. Sådant arbete ger inte bara en förstärkning av studiemedlen utan, vilket kanske är väsentligare, även en inblick i andra personalgruppers arbete och utbildning, information som man kanske försummar att skaffa senare i sina studier.

Kand. Pettersson, som för övrigt är aktivt verksam inom yrkesorganisationerna, har inventerat möjligheterna:

Direkt efter med. kand.-examen finns möjlighet att arbeta som vårdare och skötare på psyki-

triskt sjukhus (1296 kr/mån), bi-träde och vak (18—25 år 6:70 kr/tim, över 25 år 7:45 kr/tim, dessutom tillkommer ob-tillägg, enkelt 2:00, kval. 4:00) eller vaktmästare (1550 kr/mån).

Under och efter det propedeutiska året kan man arbeta som sjuksköterska eller "provinsialläkarsvans". Sjuksköterskan får 1716 kr/mån. Aktuellt är arbete som operationsassistent, labbsköterska på klin. bakt- eller klin. kem-lab, röntgensköterska, labbsköterska på klin, fys. lab. eller blod-central eller narkossköterska. För det sistnämnda kräves godkänd kurs i farmakologi samt socialstyrelsens förordnande.

För dem, som planerar att vikariera som underläkare inom dessa specialiteter, är tjänstgöring som sköterska ett utmärkt sätt att förbereda sig. Dock tillsättes dessa tjänster i första hand av leg. sjuksköterska och kan således ibland vara svåra att få.

Efter medicinkursen finns begränsade möjligheter att arbeta som underläkare (inom landstingen KA 24:24 plus ev. tillägg, inom storstadsområdet KA 25:24 plus ev. tillägg).

Möjlighet att vikariera finns på laboratorium, röntgenavdelning, lungklinik eller långvårdsklinik.

Efter kirurgikursen vidgas möjligheterna att arbeta som underläkare (lön som ovan) till alla övriga specialiteter. Som regel kan man inte räkna med vikariat inom specialiteten förrän man har gått igenom motsvarande kurs.

Efter genomgången kurs i obstetrik och gynekologi finns dessutom möjligheten att arbeta som tjänsteläkare inom den offentliga sektorn.

Socialforskning

Socialhögskolornas samarbetsnämnd kräver professurer till dessa högskolor, men universitetskanslersämbetet föreslår i stället en professur i socialpolitik vid Stockholms universitet. UKÄ menar att social forskning vid socialhögskolorna skulle innebära en organisatorisk splittring. Men hade man inte nu äntligen väntat sig att det skulle bli en målinriktad forskning i nära kontakt med arbetet på fältet? skriver Kerstin

Lindholm och Ingrid Krantz i en artikel i DN 12 okt.

Detta är inte enbart en akademisk fråga. Vad säger alla socialarbetare, förvaltningschefer och kommunalmän som brottas med de sociala problemen på fältet? Var det inte också för att anknyta forskningen till arbetet på fältet som begäran om professurer vid socialhögskolorna ingavs, och är inte den anknytningen riktigare och lättare att åstadkomma på den fackhögskola vars studenter och lärare har naturlig kontakt med de sociala institutionerna?

Eller är det något annat som ligger bakom? Vill man anknyta socialhögskolorna till universiteten? Varför säger man inte då ifrån att det är detta man menar? Kan inte i så fall en professur vid socialhögskola vid en senare sammanslagning flytta med sin huvudinstitution? Vi lärare och studenter kan åtminstone i efterhand hoppas få svar från våra överordnade. Vem svarar socialarbetarna?

Social välfärd — utvecklingsarbetets mål

Socialministrar från 96 medlemsstater var inne på tankar att fattigdomen är en sjukdom vid den konferens som FN ordnade i september i New York. I resolutionerna framfördes krav på förbättrad socialvård, dels på medlemsstaternas eget initiativ och dels genom internationellt samarbete.

Konferensen gav uttryck för den uppfattningen att social välfärd måste vara det slutliga målet för allt utvecklingsarbete och att möjligheterna just nu är utomordentligt stora att under utvecklingsarbetet inom varje enskild nation göra utökningen av socialvården till en huvudpunkt.

Vilket utvecklingsstadium de olika staterna än uppnått bör ansträngningarna för att nå en höjd social välfärd uppfattas som oskiljaktigt sammanlänkade med de totala insatser samhället gör för att skapa högre levnadsstandard, social rättvisa och över

huvud bättre levnadsvillkor. Vidare bör betydelsen av den mänskliga faktorn i denna utveckling till fullo accepteras.

Regeringarna bör också sörja för att i rimlig omfattning en socialvård byggs upp som blir en hela befolkningen tillkommande rätt utan åtskillnad individer och grupper emellan.

Konferensen deklarerade att tiden nu var mogen att belysa de bidrag socialvården kan ge till utvecklingen inom en enskild nation, nu när hela världen koncentrerat sina planer och resurser för att påbörja Förenta Nationernas andra utvecklingsdecennium.

Delegaterna var ense om att det internationella samarbetet på det sociala området borde inriktas på att bistå varje land att nå fram till egna lösningar i överensstämmelse med landets behov, resurser och önskingar.

Sociala samarbetsgrupper

Skapa frivilliga sociala samarbetsgrupper i de större kommunerna och kommunblocken, såväl i städer som på landsbygden, föreslår socialchefen Arne Isaksson i Bollstabruk, i ett brev till statliga och kommunala myndigheter i Västernorrland. Det refereras i Kommunal tjänstemannen (nr 9/68).

Dessa sociala samarbetsgrupper kan på ett adekvat och värdefullt sätt komplettera de brister som uppstår genom bl.a. delat huvudmannaskap, framhåller hr Isaksson.

Samarbetsgrupperna skall vara aktivt arbetande rehabiliteringsgrupper (behandlingsteam inom den öppna vårdens ramar) där alla slags människovårdare ingår. Helt naturligt bör bl.a. följande personer medverka i gruppens arbete; klienten själv förstas, socialarbetaren, socialläkaren (provinsial- eller annan läkare), kuratorn vid närmaste sjukhus eller vårdinrättning, arbetsvårdstjänstemannen, skyddskonsulenten, socialvårds- och barnavårdskonsulenten, de centrala eller lokala försäkringskassornas rehabiliteringstjänstemän, psykolog, psykiater, terapeuter, distriktssköterskor etc.

Samarbetsgrupperna bör inte omfattas fler än högst fem till åtta socialarbetare.

Socialchefen Isaksson föreslår att man i Västernorrlands län på försök upprättar sociala samarbetsgrupper enligt ovanstående skisser,

att man i detta syfte, antingen från Socialvårdsförbundets, Allmänna Försäkringskassans eller Länsarbetsnämndens sida sammankallar till en länsomfattande konferens för att diskutera frågor om såväl primärkommunala som interkommunala sociala integrationssträvanden och möjligheter, samt

att man till denna konferens inbjuder i första hand de professionella socialarbetarna i hela länet, men även kommunala sociala förtroendemän.

Tillnyktringsstationer

Tillnyktringsstationer skall förutom i Stockholm, Malmö, Göteborg inrättas även i ett 15-tal andra städer. Dit skall fyllerister och narkomaner föras för att få vård, inte straff. Det är kontentan i fylleristrafutredningens betänkande som blir klart vid årsskiftet.

— Varje upptagningsstation beräknas i driftkostnader gå på 1,3 miljoner i utbyggt skick, berättade riksdagsman Daniel Wiklund vid Nykterhetsrörelsens landsförbunds årsmöte i Stockholm.

Som jämförelse kan nämnas att statens inkomster på alkoholhanteringen uppgår till 2,3 miljarder kr varje år. Och då är inte omsättningsskatten inräknad.

Utredningen tänker sig ett rullande förverkligande av planerna. Bakom tanken ligger försöksverksamhet vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala och i Västerås där fylleriarrester byggdes om för vård. I första hand hoppas man att 70 proc. av fylleriklientelet skall kunna tas om hand på det här sättet.

Polisen skall direkt föra en omhändertagen till upptagningsstationen som skall ha ca 20 vårdplatser. Där skall finnas vårdpersonal av olika kategorier samt nykterhetsnämndens folk som bedömer vidare åtgärder. Kvarhållande i minst åtta och högst 24 timmar. Eftersom straffpåföljden helt avskaffas kommer heller inga sådana vidtas för den som avviker från stationen. Vården bygger på frivillighet.

Klinikerna skall byggas i anslutning till sjukhusen och här skall också narkomaner tas in. Vården koncentreras på akuta hjälpåtgärder och främsta motivet är att på detta sätt höja kva-

litén på omhändertagandet inom polisen.

Reumatikerkampanjen 1968

I oktober startade Riksföreningen mot Reumatism (RmR) en riksomfattande kampanj. Kampanjen, som stöds av massmedia, organisationer och enskilda, avser att samla in medel till den växande verksamhet som RmR bedriver inom vårdnads- och behandlingsområden samt inom den reumatologiska forskningen.

Omkring 75 procent av reumatikerpatienterna i Sverige, d.v.s. 190.000, är kvinnor. Det innebär stora ekonomiska svårigheter för hemmen och lidanden för den enskilda människan, patienten och hennes omgivning.

Reumasjukdomarna innebär också stora ekonomiska förluster för samhället i stort. Arbetsförlusterna har beräknats till omkring 20 miljoner arbetstimmar per år. Omsätts dessa tal i pengar kommer man upp till tiofaldiga belopp.

Vetenskapen hyser gott hopp om att reumasjukdomarnas gåta skall kunna lösas inom en överskådlig framtid. För att påskynda denna utveckling och för att ge hjälp åt sjuka och handikappade arbetar RmR, som genom rikskampanjen vill samla in medel till lidande medmänniskors hjälp.

(Forts. fr. sid. 519) SUNDSTRÖM: Medicinska experiment...

Langer, E. — Human experimentation: Cancer studies at Sloan-Kettering stir public debate on medical ethics. *Science* 143, 1964, 551.

Langer, E. — Human Experimentation. *Science* 151, 1966, 663.

McCance, R. A. The practice of experimental medicine. *Proc Roy Soc Med* 44, 1951, 189.

Medical Research Council of Great Britain. Responsibility in investigations on human subjects. *Brit Med J* 1964, 2, 177.

Welt, L. G. Reflections on the problems of human experimentation. *Connecticut Med* 25, 1961, 75.

Wiggers, C. J. Human experimentation. *Alumni Bull West Reserve Univ Sept*, 1950, 60.

Wolfe, D. Research with human subjects. *Science* 132, 1960, 989.

World Medical Association. Draft code of ethics on human experimentation. *Brit Med J* 1962, 2, 1119.

Helsingforsdeklarationen (WMA). *Läkartidn* 62, 1965, 273.