

BOK- RECENSIONER

Familjen i samhället

Utgiven i serien *Scandinavian University Books* under redaktion av GEORG KARLSSON och JAN TROST.

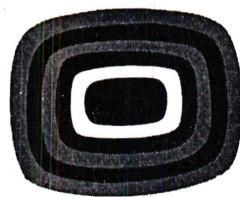
184 dubbelspaltiga sidor. Klotband. 26: — kr.

En hastig men dock genomläsning ger ett klart positivt intryck. I åtta av bokens elva kapitel redovisar sex sociologer av facket (Edmund Dahlström, Joachim Israel, Georg Karlsson, Rune Persson, Torgny T. Segerstedt och Jan Trost) begrepp och forskningsresultat, många svenska, inom familjesociologien. I de tre resterande kapitlen skriver advokaten Sigrid Bäckman om familjen i lagstiftningen, psykiatern Elisabet Sjövall om människans sexuella beteende, samt familjerådgivaren, jur. kand. Birgitta Linnér om familjerådgivning — familjekunskap. I slutet finns en kort, bra ordlista.

Boken är avsedd i första hand för

ettbetygskursen i sociologi. Den är inte "populär" och den är inte krånglig. Den är säkert ett utmärkt hjälpmedel för sociologistuderande, och den kan rekommenderas för distriktssköterskor, socialarbetare, hemvårdsassistenter m. fl. människovårdare, som vill fortbilda sig. Boken vore också nyttig att läsa för direktörer, metallarbetare, kallskänkor, ombudsmän m. fl. grupper som dagligen apostroferas i annonser i mindre angelägna ärenden. Och för värfestaltare och moraluppropsskrivare, som vill ha litet perspektiv på sin verksamhet. Den är nämligen påfallande allmänbildande.

B N



FRÅGOR FÖR DAGEN

Den internationella sjukhuskongressen

i Stockholm har haft tungt vägande skäl för sin förläggning till vårt land. Icke någonstans i världen har ett så systematiskt uppbyggings- och utvecklingsarbete skett av sjukhusväsendet och dess resurser som hos oss.

Utvecklingen just nu tenderar mot en rationalisering och organisatorisk strukturomvandling av revolutionerande omfattning. Icke minst utnyttjas härvid i maximal grad och med stor experimentlusta alla de nya tekniska hjälpmedel som framkommer. Kongressen har

alltså kombinerats med den största tekniska utställning inom sjukvårdsområdet som förekommit i Sverige. Det är glädjande att svenska utställare nu fått tillfälle att demonstrera sina produkter inför en stor, sakkunnig internationell publik. Mycken teknik skapas inte minst i vårt land till hjälp vid vården av sjuka och svaga. Det gäller att intelligent samordna alla dessa tillgångar med tillräcklig mänsklig kontakt som tröst och bot åt alla sjuka och nedkomna.

Läkarnas specialistutbildning i Norden

År 1960 beslöt Nordiska rådet vid sin åttonde session att rekommendera regeringarna i Danmark, Norge, Finland och Sverige att genomföra ett förslag till gemensam arbetsmarknad för läkare som framlagts av en nordisk kommitté. Denna kunde i sitt arbete dra nytta av de erfarenheter som under en följd av år redan inhämtats däri-genom att Sverige godtagit läkare från andra nordiska länder såsom vid "fri arbetsmarknad" ehuru enligt vissa regler.

Nordiska rådets förslag till avtal har ännu inte undertecknats av regeringarna men invandringen av läkare har ändå pågått som tidigare till Sverige.

I det ursprungliga förslaget till internordisk arbetsmarknad utarbetades icke några enhetliga regler för internordisk specialistbehörighet.

Vid Nordiska rådets 10:de session 1962 framlade en svensk representant förslag om att regeringarna i Norden borde rekommenderas att genomföra sådana regler. I februari 1963 enades hälsovärdministrarna om att en arbetsgrupp skulle tillsättas för utredning av detta spörsmål. Den internordiska kommitté som därefter tillsattes kunde i november 1964 framlägga ett förslag till överenskommelse mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om enhetliga regler rörande specialistkompetensen. Arbetsgruppen har inte kunnat eftersträva en likformig utbildning i den meningen att identitet skulle föreligga även i detalj. Liksom tidigare utredningar inom de nordiska läkarorganisationerna kunnat konstatera har även arbetsgruppen måst begränsa sig till att föreslå gemensamma principer för specialistutbildningen och rekommenderat allmänna regler för utbildningen så att *likvärdighet i kompetens* kunde nås.

Den internordiska gruppens syfte med vidareutbildningen anges vara att få fram specialister inom skilda medicinska verksamhetsområden. En sådan specialistläkare definieras enligt förslag som godkänts av ett WHO-symposium sålunda: en specialist definieras som en läkare vilken under fastställda regler och genom ett erkänt system för godkännande har förvärvat och uppehållit en hög grad av kunskap, omdöme och förmåga inom ett särskilt fält av medicinen och som begränsar sitt arbete till detta fält (sid 37 i utredningen).

Arbetsgruppen ansluter sig till denna definition men anser därför inte att specialisten skulle förbjudas att behandla andra patienter än dem vilkas sjukdomstillstånd är att hänföra till hans specialområde. Men det är naturligt, säger gruppen, att läkaren eftersträvar att begränsa sin verksamhet till sitt område där han besitter och vidmakthåller särskilda kunskaper.

Ifråga om utbildningens uppläggning rekommenderar den nordiska arbetsgruppen att utbildningen inleds med en period på två år i underordnad ställning. Under tiden skall han ha fullt yrkesansvar i sin verksamhet men ha denna ordnad så, att arbetet sker under insyn och kontroll av överordnad erfaren läkare. Det föreslås att de s. k. turnustjänstgöringarna i Danmark och Norge, amanuens-tjänstgöringen i Finland och assistent-tjänstgöringarna i slutet av licentiatutbildningen i Sverige skall kunna inräknas i dessa två år. Minst ett år av denna förberedande period skall vara klinisk sjukhustjänstgöring, en del *obligatoriskt* inom invärtesmedicin och en annan del inom kirurgin. I övrigt lämnas viss frihet men det betraktas som fördelaktigt om ett halvt års tjänstgöring i öppen vård kan inpassas i de två åren.

Den fortsatta specialistutbildningen anses böra uppdelas i *huvudutbildning* och *sidoutbildning*. Denna del av utbildningen beräknas till minst fyra år, huvudutbildningen tre år och sidoutbildningen minst ett halvt år. Huvudutbildningen skall ske inom den specialitet som man avser att förvärva och sidoutbildningen skall fullgöras inom vissa ämnen som är obligatoriska medan andra kan väljas fritt. Att besluta i denna fråga lämnas åt de skilda staterna att avgöra.

Det framhålls av den internordiska kommittén att vidareutbildningen inte bör ske på andra sjukhus än där garantier föreligger för en god och allsidig utbildning. Hit hör i första hand universitetssjukhusen, andra undervisningssjukhus och större centralasarett samt specialsjukhus. Det bör fordras att minst ett år av huvudutbildningen sker vid sjukhus av kategori I. I andra hand kan specialistutbildningen få ske även vid andra sjukhus, där minst fyra specialiteter är representerade (kategori II). Huvudutbildningen kan aldrig i sin helhet få fullgöras vid sjukhus av kategori II vilket däremot kan ske ifråga om sidoutbildningen.

Tidigare har specialistutbildningen i Norden inte varit förenad med någon systematisk undervisning. Läkarna har själva i praktiskt arbete och genom självstudier fått tillägna sig de kunskaper och den förfarenhet som fordras för utövning av verksamheten. Men nu rekommenderar arbetsgruppen att sjukhustjänstgöringen skall kompletteras med systematisk undervisning och med studier. De konferenser och samtal som redan nu förekommer inom sjukvårdsutövningen räcker inte som undervisningsform. En planmässig undervisning bör därför införas. Det blir

fråga om klinisk vetenskaplig information med aspekter på teoretiska medicinska fack och med deltagande av lärare från sådana ämnesområden. Undervisningen bör så vitt möjligt ges vid sjukhus av kategori I och dessa bör därför förse med tillräckliga resurser i form av lärare, laboratorier och biblioteks-service.

Till skillnad från vad som tidigare varit fallet kommer även — om denna form av specialistutbild-

ning antas — en *examination* av den blivande specialisten att ske. I Norden har sådan kunskapsprövning redan införts i Finland liksom den också förekommit i flera andra civiliserade länder. I det nu framlagda förslaget lämnas dock icke några riktlinjer för hur kunskapsprövningen skall genomföras. Man hänvisar till att den finska prövningen kan vara en förebild.

Antalet nya specialister i Sverige,

som godkänts under år 1964 är enligt uppgifter från Sveriges Läkareförbund som fungerat som remissinstans till Medicinalstyrelsen 243. Av dessa har 20 sökt specialitet i barnaålderns invärtessjukdomar, 54 i invärtes sjukdomar, 27 kirurgiska sjukdomar, 17 för psykiska och nervösa sjukdomar och 23 för röntgenundersökningar. Samtliga övriga godkända specialitetsansökningar har gällt 19 andra specialiteter.

Ungdomen och könssjukdomarna

I många andra länder kan liksom i Sverige konstateras en ökning av könssjukdomarna syfilis och gonorré särskilt hos unga människor, bland flickor t.ex. mellan 15 och 19 år. Detta påpekas i en artikel i WHO Chronicle av presidenten i det internationella förbundet för bekämpning av könssjukdomarna doktor Ambrose King. Han nämner uppskattningsvis att 1 % av alla ungdomar i Danmark mellan 15 och 19 år går med

gonorré. Åtta faktorer utgör enligt hans uppfattning huvudorsakerna till den ökade sjukdomsfrekvensen: okunnighet, avtagande religiositet, kvinnornas frigörelse, bristande hemdisciplin, försvinnande rädsla för smitta, betoning av sexualitet i massmedia, misstolkad psykologisk undervisning och tidigare fysisk utveckling. Varje punkt i författarens uppräkningslämnar säkert utrymme för diskussion. Några övertygande bevis för riktigheten av författarens

antaganden torde icke kunna presenteras. Framför allt kanske inte påståendet om att unga flickor numera skulle vara tidigare utvecklade än förr. De grundläggande biologiska förutsättningarna kan icke ha rubbats. Å andra sidan bör bristerna i bevisföringen inte misstolkas dithän att man kan bortse från de givna förmodandena. Utan att vara belagda med vetenskapliga sanningskriterier talar många indicier för att de är riktiga.

Preliminärt om ålderdomshemmen

Antalet platser vid de egentliga ålderdomshemmen ökade under år 1963 med omkring 160 till 39.814. Ökningen representerar 3 %. Avdelningarna för mentalsjuka visar däremot en minskning av vårdplatsantalet med 26 % till det ringa återstående antalet av 122. Platserna för långvarigt sjuka har under året ökat med 6,3 % till 4053. I hela riket har vi vid slutet av år 1963 1336 ålderdomshem med sammanlagt 45009 platser. Tre hem hade sär-

skild mentalsjukavdelning och 63 en särskild avdelning för långvarigt sjuka. Trettioåtta hem hade andra sjukavdelningar som huvudsakligen avses för hemmets pensionärer vid akuta sjukdomsfall. Fyrtioåtta hem har mer än 100 vårdplatser, 129 50—100, 428 26—50 och 638 hem har endast ett platsantal på 11—25. De intagna disponerar till 51 % enkelrum, vilket betyder en ökning av denna standard med ett par procent.

I medeltal var 93 % av samtliga

platser belagda under år 1963, motsvarande 41963 vårdade personer per dag.

En undersökning har visat att 120 av hemmen är byggda före sekelskiftet och 501 med nära 22000 vårdplatser efter år 1951. De intagna i dessa senare hem disponerar till 71 % sina platser i enkelrum.

"Bäst söka en specialist"

Inom breda och djupa lager råder i vårt land den uppfattningen att "specialisten" är ett slags högre väsen bland läkarna. Att ha undfått undersökning och vård hos en specialist har varit som att för egen personlig räkning ha fått sin läkar-service i lyxförpackning. Endast den kunde vara bra nog och helt visst alldeles nödvändig på grund av de speciella och säregna förhållanden som kännetecknar varje åkomma som drabbar MIG.

Men de flesta läkare på fältet vet att 80—90 % minst, av alla sjukdomar och åkommor, mycket väl kan tas om hand av en allmänläkare utan remiss till specialist och utan hjälp av högt uppdrivna sjukhusresurser. Men allmänheten vet inte detta, inte heller politikererna tycks det, som har att i huvudorganisationerna besluta om utbyggnaden av den öppna vården och den slutna vården.

Många specialister på sjukhusen, framför allt de som avancerat direkt ifrån sina studier och sjukhuskorridorer vid undervisnings-sjukhusen, som inte varit ute på fältet och vilka sedan som experter sätts att ange riktlinjerna för sjukvårdsorganisationens utveckling i landet, saknar helt den erfarenhet om "vardagssjukvården" som fås hos provinsialläkare och andra allmänpraktiker ute i fältet. Särskilt de framstående specialister som "håller på sin specialitet" måste komma att bli ensidiga i sin uppfattning om sjukvårdsbehoven, eftersom klientelet är i hög grad särpräglad. Det utgör en selektion av ett tidigare urval, således allra minst ett genomsnitt.

Till fri- och rättigheterna i vårt land har alltid hört det *fria läkarvalet*. Det har gjort att allmänheten utan några som helst restriktioner har kunnat som en sorts status-symbol inkassera ett eller flera besök hos olika specialister vid sjukhusen.

Den fortskridande sub- och superspecialiseringen inom olika större medicinska områden gör att det fria läkarvalet så småningom kommer att hotas. Som principfråga och praktisk angelägenhet har frågan om *remissväg till specialistmottagningarna på sjukhusen* varit på tal redan flera tio-tal år. Huvudmän och läkare har dock varit överens om att man skall söka undgå att genomföra något sådant. Man får hoppas att inte bara läkarna utan även huvudmännen så snart som möjligt blir på det klara med hur situationen f.n. utvecklar sig. Sjukdomspanoramat förändras. Våra möjligheter att genom växande resurser vid sjukhusen komma

mycket längre än tidigare med bättring och bot vid svåra sjukdomsfall och åkommor har vuxit. Å andra sidan har intet hänt som icke gör att allmänläkare även i fortsättningen skall kunna ombesörja sjukvården för 80—90 % av hela det aktuella sjukvårdsklientelet. Flertalet av de nya läkemedlen som ställs till förfogande för den moderna medicinen står även allmänläkaren till buds. I det virrvarr av specialiteter och mottagningar som kännetecknar framtidens sjukhus kommer de sjuka som skulle vilja söka direkt hos specialister att gå vilse, om de ej har en remiss i hand.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparrings

Stockholm Ö.
Försälj.-avd.: Karlavägen 89
Tel. 67 36 50 — 67 76 75