

Socialstyrelsens principplan för psykiatrisk vård



Henry Sälde

Hösten 1970 presenterade Socialstyrelsen en principplan för psykiatrisk vårdorganisation. Planen har främst siktat på att kunna tillämpas i Västmanlands län med särskilda förutsättningar, men är avsedd att med lokalt betingade ändringar kunna tillämpas inom andra sjukvårdsområden. En fullständig redovisning har utkommit i serien "Socialstyrelsen redovisar". En sammanfattning av de väsentliga principerna redovisas nedan av avdelningschefen, docent Henry Sälde.

Vid överläggningar i Västerås hösten 1967 beslöts, att den dåvarande medicinalstyrelsen skulle tillätta en expertgrupp med uppdrag att biträda landstinget vid utarbetandet av en plan för den psykiatriska vårdens organisation. Enligt sina direktiv har expertgruppen gett sina förslag en sådan principiell utformning, att planeringen, eventuellt med lokalt betingade modifikationer, är tillämpbar även inom andra sjukvårdsområden än U-länet.

Allmänna förutsättningar

Expertgruppen med generaldirektören som ordförande tillsattes av socialstyrelsen våren 1968. Den har i sitt utredningsarbete sökt beakta de olika förutsättningar för uppbyggandet av en psykiatrisk vårdorganisation, som nuvarande utvecklingstendenser ifråga om lagstiftning, medicinskt och socialt reformarbete, allmän vårdfilosofi och så vidare ger anledning att räkna med som betydelsefulla för åtminstone den närmast överskådliga framtiden. I korthet kan sägas, att de senaste åren medfört helt nya förutsättningar för psykiatrisk verksamhet.

Baserat på föredrag i Svenska Läkaresällskapet, dec. 1970.

Sedan år 1967 föreligger sålunda reella möjligheter att bryta den tidigare isoleringen för stora delar av den psykiatriska vården liksom att upphäva den med isoleringen sammanhängande diskrimineringen av stora patientgrupper. Det för all sjukvård gemensamma *huvudmannaskapet* möjliggör även en ny och bättre samverkan mellan psykiatrisk och somatisk sjukvård. Samtidigt medger det en effektiv samordning av psykiatrins olika delar, som kan tjäna som utgångspunkt för en mera dynamisk, behovsanpassad och funktionsinriktad resursfördelning, än vad som hittills varit fallet, då krav på omhändertagande — alltför ofta och främst i ett samhällsskydds intresse — och därmed ett markerat vårdplatstänkande varit särskilt framträdande inslag i psykiatrisk vårdverksamhet.

Den nya sjukvårdslagstiftningen främjar denna utveckling. LSPV, som ersatt den gamla sinnessjuklagen, skjuter sålunda tvånget i bakgrunden som underlag för den slutna vården och begränsar dess tillämpning till undantagsfallen. Sjukvårdslagen, som trädde i kraft vid årsskiftet 1970—1971, skapar förutsättningar för en mera flexibelt utformad sjukvårdsorganisation genom ett förändrat

=====

Sjukvårdslagen, som trädde i kraft vid årsskiftet 1970—1971 skapar förutsättningar för en mer flexibelt utformad sjukvårdsorganisation.

=====

klinikbegrepp, ökad integration av öppen och sluten vård samt blockbildning med nya möjligheter att hålla ihop och rationellt och smidigt utnyttja alla resurser i en vårdorganisation.

Viktiga förändringar på socialvårdsområdet under senare år är även betydelsefulla för den framtida psykiatriska vårdens arbetsuppgifter. Socialhjälpslagens nya bestämmelser (i första och sjätte §§) om en aktiv, uppsökande och åtgärdande socialvård med en begynnande inriktning på social service i stället för traditionell socialvård och en tillämpning av nya arbetstekniker även i övrigt, t. ex. familjeprincipen, torde sannolikt få viktiga återverkningar för den psykiatriska vårdens del. Samma gäller ifråga om andra förändringar på det primärkommunala området, främst det ökade resursunderlaget genom kommunsammanslagningen och troligen större effektivitet organisatoriskt i socialvården genom en ny nämndorganisation.

På försäkringsområdet pågår en utveckling, som genom t. ex. tillkomst av nya ersättningsnormer i öppen vård, är av stor betydelse för den framtida vårdorganisationens utformning.

För psykiatrins del kan slutligen nämnas det speciella utredningsarbete, som ägnats och ägnas så viktiga områden som nykterhetsvård och narkomanvård, åtgärder för så kallade särskilt vårdkrävande patienter samt rättspsykiatri. Även pågående utredningar på socialvårdsområdet måste fortlöpande uppmärksammas i ett planeringsarbete för sjukvårdens del.

I vårdfilosofiskt hänseende finns utvecklingstendenser att beakta. Innehållsmässigt hävdar man gärna utveckling av en samhällsinriktad psykiatri, där psykiaterns arbetsuppgift — tillspetsat uttryck med en ofta citerad slogan — är "att behandla samhället, att behandla i samhället, att ge behandling vid sjukhuset och först som en nödfallsutväg ge behandling i sjukhuset". Olika slag av miljö-

terapi, i sin mest utvecklade form manifesterad i det terapeutiska samhället, anses bära karaktärisera behandlingsmetodikerna. Även preventionstänkandet finns det utrymme för i detta sammanhang — den primära preventionen, t. ex. förebyggandet av cerebrala förlossningsskador, ligger i allmänhet utanför psykiatrins ansvarsområde, möjligen med undantag för det svårdefinierade mentalhygieniska verksamhetsfältet. Däremot är prevention på sekundär och tertiär nivå viktiga i det psykiatriska arbetet — i förstnämnda hänseende avses betydelsen av tidig diagnos och adekvat terapi, i det senare vikten av kontinuitet och konsekvens i målmedveten vård och behandling som medel att förhindra hospitaliseringsskador och andra komplikationer av mer eller mindre psykologisk karaktär, som åtföljer ett långvarigt institutionellt omhändertagande.

Målsättning för psykiatrisk verksamhet

Mot denna bakgrund har expertgruppen kommit fram till följande målsättning för en framtida psykiatrisk vårdverksamhet.

En sådan bör fungera i en organisationsform, som med en nivåstrukturerad resursfördelning gör även kvalificerad psykiatrisk vård lätt åtkomlig för den enskilde individen, i princip sålunda oberoende av var han bor i ett sjukvårdsområde. Främsta förutsättningen för förverkligandet av denna målsättning är en från sjukhusen till stor del decentraliserad specialistverksamhet, huvudsakligen i enlighet med intentionerna i socialstyrelsens öppenvårdprogram 1968. Organisatoriskt inordnade i ett psykiatriskt block inom sjukvårdsområdet men med sin arbetsinsats övervägande förlagd till en vårdcentral kommer specialister på detta sätt främst att arbeta i öppna och halvöppna vårdformer. Erfarenheter har visat, att det idag finns ett stort, icke tillgodosett psykiatriskt vårdbehov ute i samhället. Uppenbarligen kräver ett tillgodosende av detta vårdbehov i första hand icke fle-

=====

Den primära preventionen ligger i allmänhet utanför psykiatrins ansvarsområde.

=====

=====

För ett medelstort sjukvårdsområde, dvs omkring 300 000 invånare kräver detta en tillgång på närmare 50-tal psykiatriska experter.

=====

ra vårdplatser men väl en väsentligt ökad behandlingskapacitet som av ovan angivna skäl i huvudsak bör lokaliseras utanför sjukhusen men med lämplig anknytning till dessa.

Resursbehov

Om man emellertid bygger upp en vårdorganisation efter dessa principer, blir det främsta problemet att skapa tillräckliga personella resurser, speciellt beträffande kvalificerad personal. Sannolikt torde hela 1970-talet krävas enligt nu tillgängliga personalprognoser för att uppnå en tillgång på psykiatriska specialister i sådan omfattning, att den tillåter ett rimligt tillgodoseende av de ökade krav på vårdorganisationen, som bland annat en decentraliserad specialistverksamhet innebär. Applicerat på öppen vård har detta behov approximativt beräknats motsvara en besöksfrekvens av minst 30 per år och 100 invånare. För ett medelstort sjukvårdsområde, d. v. s. med omkring 300 000 invånare, kräver detta en tillgång på närmare ett 50-tal psykiatriska experter, om man tar hänsyn till att öppenvårdsbesöken även medför belastning på halvöppen och slutna vård. Uppbygandet av vårdorganisationen måste därför ske successivt och starta med tillgodoseendet av de personellt och lokalmässigt mest resurskrävande den på lasarettsnivå. I takt med ökande resurser vårdbehoven, d. v. s. den kvalificerade slutna vårsker därefter en etappvis utbyggnad av öppna och halvöppna behandlingsverksamheter, som på lämpligt sätt fördelas över upptagningsområdet.

Resursfördelning — basorganisation

Slutmålet bör enligt expertgruppens uppfattning vara en vårdorganisation, som i huvudsak är förankrad i vårdcentraler men där viktiga arbetsuppgifter, jourverksamhet, akutvård och övrig kvalificerad slutna vård samt specialvård, är knutna till en central lasarettsenhet, på vilken vårdcentraler-

na sålunda replierar. Den psykiatriska basorganisationen med resurser att fånga upp och klara av det mesta av allmänhetens psykiatriska vård- och behandlingsbehov i öppna och halvöppna vårdformer kommer därigenom att bestå av de större, med specialister försedda och för behandling lämpligt utrustade större vårdcentralerna. Dessa i sin tur betjänar de mindre vårdcentralerna på kommunblocksnivå, som är bemannade med allmänläkare och som nära samarbetar med bland annat socialvården. De större vårdcentralerna, omfattande delar av, ett helt eller flera kommunblock, beräknas bära dimensioneras för en befolkning om 25 000—50 000 personer; den stora spridningen i storlekshänseende sammanhänger bland annat med varierande lokala förutsättningar.

Vårdenheter vid lasarett

Den slutna vården på lasarettsnivå begränsas kraftigt i vårdplatshänseende och reserveras för akutvård och kvalificerad behandling. Jourmottagning med socialkurativ rådgivning, övernattningsplatser och intensivvårdsplatser samt eventuellt särskild hembesöksjour utgör innehållet i en centralt i sjukhuset lokaliserad akutvårdsenhet, som även bör ha tillgång till tillnyktringsstation och härbärgesplatser för tillfälligt omhändertagande av sociala problemfall. Enligt expertgruppens beräkningar, baserade bland annat på erfarenheter från psykiatriska kliniken vid Karolinska sjukhuset och från psykiatrisk öppenvårdsverksamhet i Göteborg, bör akutvårdsenheten omfatta omkring 30 vårdplatser för ett upptagningsområde om 300 000 personer — tillnyktringsstation och härbärge dessutom vardera 10 platser.

Den kvalificerade behandlingsverksamheten i slutna vård vid lasarettet föreslås av expertgruppen organiseras som relativt självständigt fungerande allvårdsavdelningar, d. v. s. med resurser för differentierad vård och i princip utformade som

=====

Den slutna vården på lasarettsnivå begränsas kraftigt i vårdplatshänseende och reserveras för akutvård och kvalificerad behandling.

=====

Långtidsvården resp omsorgen om de psykiskt handikappade decentraliseras till centrala sjukhus, sysselsättningshem och dispensärverksamhet vid de större vårdcentralerna.

ett slags behandlingshem med flexibel användbarhet med avseende på vårdinnehåll, vårdprinciper, patientfördelning och dylikt. Särskilda vårdenheter föreslås dock för toxicomanvården. Sammanlagt sju allvårdsavdelningar om vardera 20 vårdplatser har beräknats täcka behovet av kvalificerad slutenvårdsbehandling för ett medelstort sjukvårdsområde. Detta innebär en psykiatrisk lasarettsenhet om inalles 170 rent psykiatriska vårdplatser jämte sammanlagt 20 mer socialmedicinskt präglade vårdplatser för ett medelstort sjukvårdsområde.

Aldringsvård och omsorger om psykiskt handikappade

Långtidsvården, respektive omsorgerna om de psykiskt handikappade, decentraliseras till centrala sjukhem (för åldringar), sysselsättningshem (för långtidssjuka i arbetsför ålder) och dispensärverksamhet vid de större vårdcentralerna. Dispensärverksamheten förutsättes kompletterad med lämpliga sociala stödåtgärder ifråga om boende, tillsyn, sysselsättning, fritidsverksamhet och dylikt.

Socialpsykiatrisk verksamhet

Som en särskild, för ett sjukvårdsområde gemensam öppenvårdsverksamhet bör lasarettskliniken ha en socialpsykiatrisk vårdenhet med bland annat arbetsuppgifter av allmänt rättspsykiatrisk karaktär och visst ansvar för öppenvårdsbehandling av särskilt vårdkrävande fall, som av domstol överlämnats till psykiatrisk vård, samt även deltagande i frivården av kriminalvårdsklientelet.

I koncentrat återges principplanen i följande översiktliga sammanställning.

Fördelningen av de psykiatriska arbetsuppgifterna på olika vårdnivåer i sjukvårdsorganisationen är åskådliggjord i följande tablå (nr 1). Den vänstra kolumnen återger arbetsuppgifterna och de följande kolumnerna vårdnivåerna.

Vårdplanen för Västmanlands län

När det gäller planeringen för Västmanlands län, har denna skett i två etapper. Den första avsåg en korttidsplanering för att provisoriskt täcka ett övergångsskede. Den har bland annat medfört en betydande personalförstärkning vid den nuvarande lasarettskliniken, t. ex. en utökning till för närvarande sammanlagt 16 läkartjänster, varav 8 öl/böl; vidare en tillbyggnad i barackform vid kliniken för utökade mottagnings- och diagnostiklokaler, iordningsställande av ett konvalescenthem för rehabiliteringsvård, utökande av sjukhemmens vårdplatsantal med mera.

För långtidsplaneringen har utgångspunkten varit ett i befolkningshänseende växande upptagningsområde. I nuläget har detta begränsade psykiatriska vårdresurser, bestående av 68 vårdplatser vid centrallasarettets psykiatriska klinik och omkring 225 sjukhemsplatser i Norberg och Sala samt för övrig sluten vård avtalsbunden tillgång till vårdplatser på Sundby och Sätters sjukhus i grannlandstingen. Utnyttjandet av dessa vårdplatser, främst för långvårdsfall, har dock under 1960-talet, d. v. s. så länge statistik finns tillgänglig, visat en klart minskande tendens — jämfört med riksgenomsnittet har U-länet haft mycket låga beläggningssiffror på mentalsjukhus, d. v. s. främst på de båda nämnda, tidigare statliga mentalsjukhusen.

Med hänsyn till dessa olika förhållanden har expertgruppen relativt förutsättningslöst kunnat angripa planeringsproblemen även om hänsyn givetvis tagits till landstingets egen planering för öppen och sluten vård, inklusive den av dåvarande överläkaren Rudolf Schlaug år 1965 framlagda psykiatriska vårdplanen.

I tabell 1 redovisas den beräknade befolkningsfördelningen år 1980 på kommunblock och nuvarande lasarets upptagningsområden, som av expertgruppen föreslås ligga till grund för den psykiatriska vårdorganisationens basering i vårdcentraler. Den planerade förläggningen av de större vårdcentralerna med specialistläkare och de mindre med allmänläkare är angivna i kartbilden (bild 1) över landstingsområdet.

Principprogram — vårdinnehåll och organisation

1. Förebyggande och uppsökande verksamheter

- förebyggande** — information
— rådgivning
allmän (gemensam medicinsk-social vid jourcentral + vid vårdcentraler)
specialiserad ((familjerådgivning, åldringar etc))
- uppsökande** — hälsoundersökningar
— handikappinventeringar

2. Vård- och behandlingsverksamhet

- öppen vård** — vårdcentraler
mindre med allmänläkare och socialvård
större med specialister + kvalificerad behandlingspersonal, dispensärvård, hemsjukvårdscentral, sjukhem
— specialvård
toxicomanvård
eftervård (av klinikfall)
— socialpsykiatrisk vårdenhet

- akutsjukvård** ("sjukhuset i sjukhuset")
— psykiatrisk jourmottagning + socialkurativ rådgivning
— hembesöksjour
— vårdplatser för övernattnings och observation
— intensivvårdsplatser
— tillnyktringsstation
— sociala härbärgesplatser

övrig sluten lasarettsvård

- psykiatrisk allvårdsavdelning (behandlingshem), inkl psykiatrisk rehabilitering
- behandlingshus (särskilda rehabiliteringsresurser gemensamma med somatisk sjukvård)

långtidssjukvård, respektive psykiatrisk handikappvård

- centrala sjukhem, särskilt åldringar
- rehabilitering, sysselsättningshem för yngre kroniker
- dispensärvård
inackorderingshem o dyl skyddad sysselsättning
hemsjukvård

toxicomanvård

- tillnyktringsstation + härbärgesplatser
- akutvårdsenhetens intensivvårdsplatser
- alkohol- respektive narkomanvårdsenhet (allvårdsavdelningar)
- behandlingshem etc

"särskilt vårdkrävande"

- "sociopat klientel"
- mer eller mindre permanent intensivvårdskrävande fall (fasta paviljonger — specialavdelningar)
- störande vårdtagare (§ 21-fall enligt socialhjälpslagen)

barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet

Tablå 1. De psykiatriska arbetsuppgifterna på olika nivåer inom ett sjukvårdsområde

Vuxenpsykiatri	1	2	3	4	5
	Mindre vårdcentral (utan specialister)	Större vårdcentral med specialister + lokala sjukhus	Normallasarett	Centrallasarett	Regionsjukhus (i annat sjukvårdsområde)
Hälsovård	Viss medverkan	Lokalt ansvar	Lokalt ansvar	Ledning	Impulser
Primär sjukvård utan kvalificerat vårdbehov (öppen och halvöppen vård)	Viss medverkan i öppen vård	Ansvar Öppen vård Dagvård	—	—	—
Akutvård med kvalificerat vårdbehov	—	Remiss	Remiss	Jourmottagning Observation Intensivvård	—
Sluten korttidsvård i övrigt (allmän psykiatri)	—	Begränsad omfattning endast av hotellkaraktär + övernattningsplatser	Ev allvårdsavd (med vissa isoleringsmöjligheter)	Allvårdsavd (med vissa isoleringsmöjligheter)	—
Rehabilitering	—		Ev allvårdsavd Speciella terapiresurser	Allvårdsavd Speciella terapiresurser	—
Långvård, geriatrisk	Viss medverkan i hemsjukvård	Hemsjukvård (Sjukhem*)	—	—	—
Långvård, i övrigt	—	Dispensärvård Skyddad verksamhet Inackorderingshem Patienthotell. Pensionärslägenheter. Sjukhem (sysselsättningshem)	—	—	—
Alkoholistvård	Viss medverkan	Öppen vård av eftervårdskaraktär	Öppen vård	Tillnyktringsstation Spec allvårdsavd Öppen vård	—
Narkomanvård	—	—	—	Öppen vård Spec allvårdsavd (som filial behandlingshem)	
Särskilt vårdkrävande av olika slag	—	—	—	Utredning	Spec vårdavd

*) gemensamt med somatisk geriatrisk långvård, antingen lokalt anknutet till vårdcentralen eller förlagt annorstädes inom orten (eller i närheten).

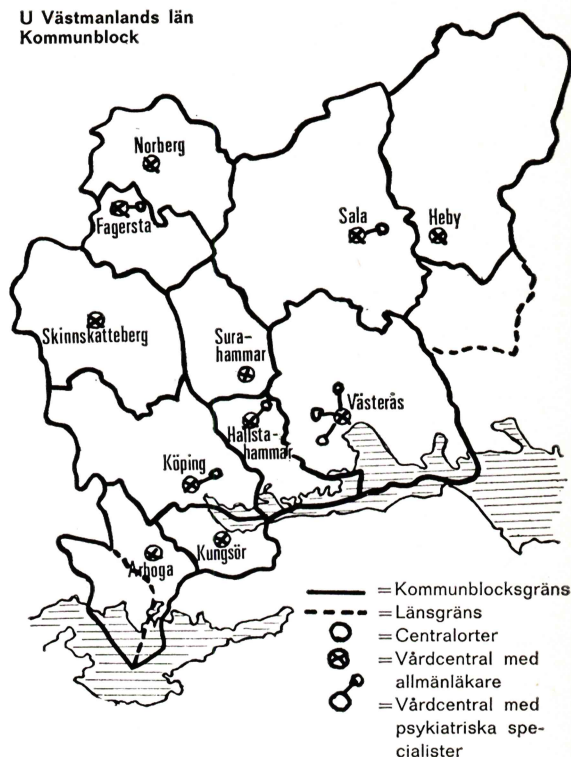
Tabell 1. Totalbefolkningen per kommunblock 31.12. 1969, 1975 och 1980 i Västmanlands län

Källor Folkmängd 31.12.1969 enligt indelningen 1.1. 1970, del 2 Kommunblock, judiciella och kyrkliga indelningar m m (SOS), SCB Länsplanering -67, Västmanlands läns plane-ringsenhet, alt 2

Kommunblock	SCB	L -67	
	31.12 -69	1975	1980
Västerås	113 389	126 085	139 573
Hallstahammar	19 312	23 643	25 504
Surahammar	11 012	12 031	12 332
Köping	29 590	33 331	35 516
Kungsör	8 117	8 810	9 180
Arboga	14 820	16 546	17 428
Fagersta	17 054	18 494	19 062
Skinnskatteberg	5 569	4 985	4 716
Norberg	6 810	5 666*)	5 481*)
Sala	19 594	18 882	18 790
Heby	13 618	11 926	11 171
Kb-länet	258 885	280 399	298 753

*) Enligt länsplaneraren i Västmanlands län har mycket ändrats i Norbergs kb sedan 1967, varför man inom länet numera räknar med alternativ 4 för detta block (1975 = 6 316 inv, 1980 = 6 131 inv).

U Västmanlands län
Kommunblock



Tabell 2. Den föreslagna psykiatriska basorganisationen vid större vårdcentraler

Plats för förläggning av vårdcentral m m	Vårdcentral med centralt sjukhem	Vårdcentral utan centralt sjukhem	Specialister i psykiatri		Kuratorer		Anmärkning
			Vuxen	Barn	Vuxen	Barn	
Västerås:							
a) centrallasarettet	1		3	1	1	1	
b) platsen för Västra sjukhuset	1		3	1	1	1	Vårdresurser för stö- rande vårdtagare (ca 30 platser)
c) 2 i Västeråsområdet i övrigt		2	4	2	2	2	
Köping	1		3	1	1	1	
Fagersta	1		2	1	1	1	Sjukhemmet i Norberg för lättskötta psykiskt sjuka (ca 100 platser)
Sala	1		2	1	1	1	Lillåstrands sjukhem (85 platser)
Summa	5	2	17	7	7	7	Övrig specialutbildad personal, sjuksköter- skor, sjukgymnaster, personal för arbetster- api, socioterapi o s v, tillföres efter hand.

Lokala behandlingshem för psykiskt sjuka barn och ungdomar

Olika boendeformer för öppen och halvöppen vård

Tabell 3. Den psykiatriska vårdens organisation vid centrallasarettet i Västerås

Enheter	Antal- vård- plat- ser	Spe- cialis- ter i psy- kiatri	Kura- torer	Psyko- loger	Special- utb sjuk- sköter- skor	Övrig special- utb per- sonal	Anmärkning
1. Akutvårdsenhet							
a) Jourmottagning och rådgivningscentral	1	—	(1)				Hembesöksjour
b) sluten vård för övernattning och intensivvård	1	30	1	(4)			1 b) En av specialisterna i psykiatri är tillika blockchef.
2. Sluten korttidsvård i övrigt (allmän psykiatri) och mer långtidsvårdskrävande rehabilitering							2 a) Särskilda behandlingsresurser fristående från vårdavdelning, ev i särskild byggnad. 2 b) Konvalescenthemmet Åsgården kompletterar vården under 2).
Allvårdsavdelningar	5	5×20 =100	7	4	3 ¹⁾		
3. Toxikomanvård							
a) Tillnyktringsstation (i anslutning till somatisk jourmottagning)	1	10					
b) Härbärge för sociala problemfall	1	10					
c) allvårdsavdelningar	2	2×20 =40	3	3			
4. Barn- och ungdomspsykiatri							
a) Akutvårdsresurser							a) Samma som under 1 a)—b).
b) Sluten korttidsvård i övrigt			3	3	3		b) Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken.
5. Öppen vård							
a) Särskild mottagnings- och diagnostikenhet med mottagningslokaler för allmänpsykiatri	1		(7)	(4)			5 allmänpsykiatriska team samt 3 dito för toxikomanvård 3 dito för socialpsykiatri
toxikomanvård			(3)	(3)			
socialpsykiatri m m			3	3			
Lokaler för familjerådgivning							
Diagnostiklokaler							
b) Behandlingslokaler för tex gruppsykoterapi							
c) Olika boendeformer för patienter i öppen och halvöppen vård							
6. Lokaler för informations- och upplysningsverksamhet samt undervisning och forskning							

¹⁾ Dessutom 3 vid psykologlab.

Specialistläkarcentralerna (se *tabell 2*) föreslås tillkomma i den ordningsföljden, att i första skedet två vårdcentraler med centrala sjukhem inrättas i Västerås, varav den ena med anknytning till lasarettet, för att i uppbyggnadsskedet avlasta den hårt pressade psykiatriska kliniken. I ett andra utbyggnadsskede bör tillkomma tre vårdcentraler med centrala sjukhem i Köping, Fagersta och Sala, de två sistnämnda med uppgift att även svara för verksamheten vid de båda sjukhem i Norberg och Sala, som omvandlas till rehabiliteringsinriktade sysselsättningshem för yngre långtidssjuksjuk patienter.

I slutskedet bör tillkomma ytterligare två vårdcentraler med specialister placerade i Västeråsområdet, den ena sannolikt i Hallstahammar.

De för hela sjukvårdsområdet gemensamma och särskilt resurskrävande psykiatriska aktiviteterna vid centrallasarettet fördelas på vårdenheter i huvudsaklig överensstämmelse med den översiktliga uppställning som presenterats i det föregående.

Tabell 3 återger överskådligt denna plan för den psykiatriska vårdorganisationen vid centrallasarettet i Västerås.

Alkoholfrågan

är tidskriften som

speglar ett av våra största sociala bekymmer.

Alla som arbetar med socialvård och hälsovård möter ständigt alkoholproblem.

- Nya synpunkter och aktuell information får man lättast som prenumerant på Alkoholfrågan.
- Medicinsk och social alkoholforskning bevakas, debatten följs och stimuleras.

20 kronor för nio nummer 1972. Postgiro 30 59 - 3

ALKOHOLFRÅGAN

Tel. 08 - 67 97 20

CAN, Karlavägen 117, 115 26 Stockholm