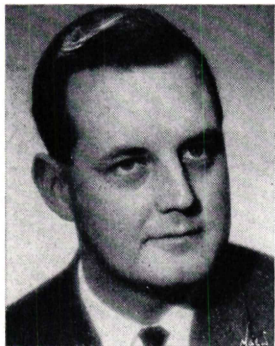


Den enskildes behov av samtidig social och medicinsk hjälp



Bengt Lindegård

Socialvårdens helhetssyn

Under 60-talets socialvårdsdebatt uppmärksammades som bekant nackdelarna med att samhällets insatser för enskilda medlemmar var splittade på olika händer. En vårdbehövande människa eller familj nödgades ofta kontakta ett flertal instanser för att få sina behov tillgodosedda: socialvård, barnavård, nykterhetsvård, arbetsvård, försäkringskassa, kriminalvård, bostadsförmedling, familjerådgivning m.fl.

För att envar av dessa service- eller vårdinstanser skulle kunna fullgöra sina åligganden, krävdes att tjänstemännen genomförde en social utredning och därmed skaffade sig en bild av den enskildes speciella behov och önskemål av åtgärder. Detta mönster av olika, inte sällan parallellt bedrivna, sociala stödinsatser, kom att benämnas *socialarbetets funktionsprincip*. Tillvägagångssättet är uppenbart otympligt, onödigt arbetskrävande och, framför allt, omotiverat pressande för den eller dem som stödtåtgärderna avser att hjälpa.

En undersökning har genomförts i avsikt att studera efterfrågan av sjukvård hos service-tagare i den kommunala socialvården. Som kriterier på sjukvårdsefterfrågan användes uppgifter om sjukskrivningsförhållanden.

En översiktlig bedömning visade inga markanta skillnader mellan socialbyråklientelet och en genomsnittspopulation. Detta något överraskande fynd understryker behovet av mer systematiska undersökningar och av ytterligare försöksverksamhet innan man kan värdera behovet av sjukvårdsinsatser i socialvården och behovet av socialvårdsinsatser i sjukvården.

Bengt Lindegård är professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet.

Materialbearbetningen för undersökningen har utförts av medicine kandidaterna Annika Brogren, Arne Edström och Björn Rydevik.

Det föll sig därför naturligt att söka finna andra former för administrationen av de sociala stödinsatserna. Idealet vore självfallet om en och samma instans kunde pröva och effektuera de olika behoven resp. åtgärderna i varje enskilt ärende. Ett sådant mönster för socialt servicelämnande kom att kallas för *socialarbetets helhetsprincip* eller *helhetssyn*.

Övergången från ett socialarbete enligt funktionsprincipen till ett mera rationellt enligt helhetsprincipen, är långt ifrån genomförd. De främsta hindren häremot består dels i lagstiftningen, dels däri att vissa stödinsatser är organiserade som kommunala, andra som statliga uppgifter och därmed anförtrödda olika huvudmän.

I vissa kommuner, däribland städerna Göteborg och Malmö, har man delvis reorganiserat det socialarbete, för vilket kommunen är huvudman. Med statsmakternas medgivande har man integrerat de mot socialhjälp-, barnavårds- och nykterhetsvårdslagen svarande funktionerna. Det

förväntas att den statliga socialutredningen skall knäslätta detta integrationsmönster som en allmän princip för den kommunala socialvårdens utformning.

Kvar står dock att tre andra hörnpelare i socialarbetets totalfunktion, nämligen den statliga arbetsvården liksom försäkringskassan med pensionsdelegationer samt kriminalvården, står utanför integrationen. Länsarbetsnämnden och försäkringskassan överbryggas, som bekant, av det s.k. samarbetslaget, men samverkan med den kommunala socialvården är ännu icke formaliserad. Det kan i sammanhanget nämnas, att man under innevarande år i Göteborg har tillsatt en särskild samrådsgrupp med representanter för bl.a. statlig arbetsvårds-, kommunal socialvårds- och försäkringskassemyndighet.

Integrationen av den kommunala socialvården representerar ett steg på vägen mot ett socialarbetets helhetsprincip, men den längsta vägen synes återstå. Först när verksamheten inom den integrerade socialvården bringats samman under en hatt med det statliga socialarbetet inom arbetsvård, kriminalvård och socialförsäkringsverksamhet, har man åstadkommit något som från de hjälpbehövandes sida berättigar till benämningen helhetssyn inom socialarbetet. För den, som behöver hjälpen, är det nämligen egalt varifrån den kommer. Huvudsaken är att den lämnas på ett adekvat sätt i enlighet med den enskildes behov av specifika och samordnade sociala hjälpinsatser.

Medicinens helhetssyn

Den offentliga sjukvården i vårt land har betydligt bättre formella möjligheter, än vad man har i socialarbete, att tillgodose en hjälpbehövandes individuellt särpräglade behov av insatser. Man saknar hinder av i det föregående omnämnda slag mot en integration av olika, samtidigt erforderliga åtgärder.

Liksom socialarbetet lider sjukvården av sina bristande resurser ifråga om såväl personal som materiella möjligheter. Inom sjukvården blir dessa resursbrister mera påtagliga, dramatiska och ödesdigra ifråga om sina konsekvenser. Därför upp-

levs kanske sjukvårdens bristande resurser mera intensivt än inom socialarbetet, både av vårdgivare och av den hjälpbehövande allmänheten.

Dessa iögonenfallande brister på vårdresurser inom sjukvården överskuggar i debatten gärna det behov av en helhetssyn som är i hög grad eftersträfvansvärt även inom sjukvården. Man är här, liksom för närvarande inom socialarbetet, huvudsakligen lämnad åt en verksamhet enligt en "funktionsprincip". Bakgrunden härtill, liksom till hindren mot att åstadkomma en helhetssyn, är emellertid en helt annan än i socialarbetet. Inom sistnämnda är det, som anförts, lagstiftning och administrativa omständigheter som huvudsakligen representerar hinder mot en på integrerad helhetssyn baserad verksamhet. Inom sjukvården är det de medicinska framstegen, den växande kunskapsmängden tillsammans med den medicinska tekniska utvecklingen, som nödvändiggjort en specialisering och därmed lett utvecklingen från en helhetssyn till en "funktionsprincip".

En effektivare sjukvård innebär sålunda å ena sidan en utveckling mot specialiserad verksamhet. Å andra sidan har man i sjukvårdsdebatten starkt understrukit behovet av en medicinsk helhetssyn. Ilikaså i syfte att rationalisera och effektivisera hjälpinsatserna. I denna debatt har *allmänläkaren*, med en annan yrkesinriktning än den tidigare allmänpraktiserande läkaren, kommit in i bilden.

Dessa omständigheter redovisas i ett par tidigare uppsatser (se *SIUKHUSET*, nr 4 och 5, årgång 1970).

Socialmedicinens helhetssyn

Socialmedicinen innebär, i sin praktiskt-kliniska del, en verksamhet där socialarbete och sjukvård förenas och integreras. Socialmedicinen som idé är gammal. Strängt taget varje läkare måste i sin patientvårdande verksamhet ta hänsyn till och vidta åtgärder mot olika omständigheter i patientens omgivning. Det kan gälla enkel rådgivning, personliga kontakter med anhöriga, kontakter med — eller initiativ till kontakter med — arbetsgivare, skolmyndigheter, försvarsmyndigheter, bostadsförmedling, kommunala och statliga sociala myndigheter o.s.v. De inom sjukvården anställda

socialarbetarna, socialkuratorerna, har bidragit till att utveckla den socialmedicinska aktiviteten inom området.

Omvänt sett, har man inom olika sociala verksamhetsområden, t. ex. försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommunal socialvård, barnavård och nykterhetsvård, sedan länge haft hel- eller deltidanställda läkare för att komplettera verksamheten med medicinsk expertis.

Socialarbete och sjukvård har en rad kontaktytor. Från båda håll önskar man kontakt med expertis från den motsatta sektorn ibland företrädande en specialiserad verksamhet, ibland företrädande en helhetssyn. I samtliga fall gör de gemensamma insatserna skäl för benämningen socialmedicin.

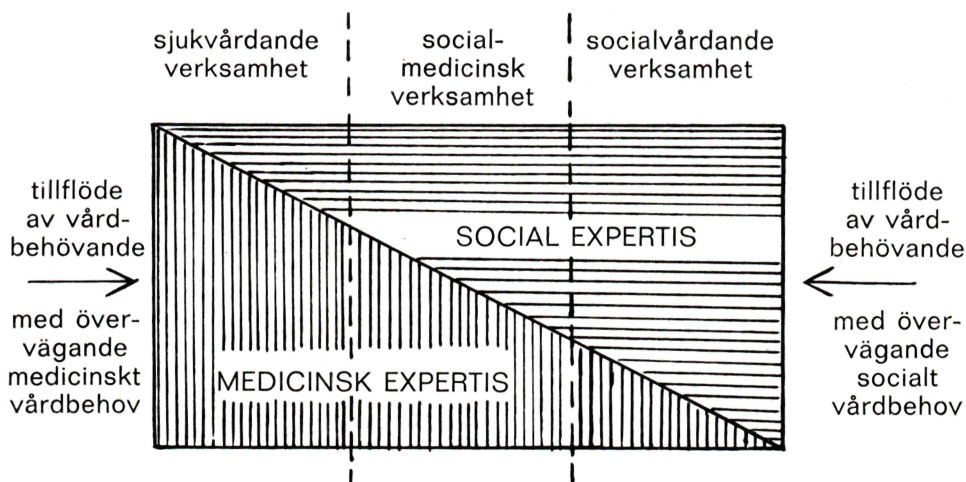
Som företrädare för socialmedicinen som en medicinsk specialdisciplin, vill man gärna tänka sig att ämnesinnehållet kommer att företräddas både enligt "funktionsprincipen" och enligt "helhetsprincipen". Den första motsvaras av hur läkare vid en socialmedicinsk specialavdelning fungerar; något som nära överensstämmer med hur en i kommunal socialvård tjänstgörande socialläkare fungerar. Den socialmedicinska hel-

hetssynen berör allmänläkaren i modern version (jfr ovan).

Allmänläkaren, som förutsättes representera en medicinsk helhetssyn, kommer att behöva etablera kontakt med en rad olika sociala organ, kommunala och statliga likaväl som privata. Om allmänläkaren finge tillfälle att samarbeta med social expertis, som kunskapsmässigt kunde anses företräda en social helhetssyn, skulle man här finna en verksamhet som verkligen gjorde skäl för benämningen socialmedicinsk helhetsprincip. Om man får till stånd en totalintegrerad social hjälporganisation, vore det självfallet i hög grad önskvärt om den sociale experten samtidigt formellt representerade denna organisation. I nuläget är det däremot ovisst om en sådan anknytning till viss social myndighet är ändamålsenlig. Det torde ligga närmare till hands att tänka sig en medverkan från fristående sociala experter, vad man nu vill kalla dem, för att snabbt realisera ett hjälporgan som företräder en socialmedicinsk helhetssyn.

Den socialmedicinske specialisten (jfr ovan) måste, liksom andra specialister inom sjukvården, utveckla kunskaper och färdigheter som erfordras för att fullgöra de särskilda arbetsuppgifter

Fig. 1. Dominansen av ett medicinskt eller socialt vårdbehov bestämmer om tillflödet till vårdapparaten primärt kanaliseras till sjukvårds- eller socialvårdssektorn. I båda fallen medverkar såväl medicinsk som social expertis. Den socialmedicinska verksamheten, stationerad till båda vårdsektorerna, svarar för medverkan i fall där inslaget av social problematik i sjukvården är påfallande, resp. där medicinsk problematik i socialvården är aktuell. Figuren har relevans för olika vårdformer: förebyggande vård, akutvård och eftervård, oberoende av om verksamheten försiggår institutionellt eller icke.



som anförtröstar vederbörande. Skillnaderna i arbetsuppgifter för en allmänläkare och en socialläkare har diskuterats i en av de uppsatser, till vilken hänvisats i det föregående.

Samverkan mellan sjukvård och socialarbete är sålunda rätt mångfacetterad. Trots detta har i vidstående figur (fig. 1) gjorts ett försök att för- enklat och schematiskt framställa några principiella synpunkter på samverkan mellan de båda organen. Den enskildes behov av samtidiga hjälp- insatser illustreras där. Figuren avser att visa, hur hjälpbehovet i vissa fall är helt eller domine- rande medicinskt eller socialt. I andra fall tänkes samtidigt behov av medicinska och sociala hjälp- insatser föreligga, i varierande proportioner.

I figurens mellersta parti avses sådana ärenden, då man hos den enskilde samtidigt har ett stort behov av såväl medicinska som sociala hjälpåtgärder. Detta representerar ärenden i behov av särskilda socialmedicinska insatser. På ömse sidor finner man i figuren en del som svarar mot den etablerade sjukvården resp. en etablerad social- vård i vid bemärkelse. Den illustrerade princip- skissen gör ingen åtskillnad mellan institutions- bunden och icke-institutionsbunden verksamhet.

I figuren har hänsyn icke tagits till kvantitativa förhållanden. Den kan därför inte direkt läggas till grund för ett resonemang rörande organisa- tionsformerna för samverkan mellan sjukvård och socialarbete. Härför krävs att principskissen kompletteras med empirisk information rörande den enskildes kvantitativa behov av hjälpinsatser från de båda berörda sektorerna.

Socialmedicinsk försöksverksamhet i Göteborg

Sedan den 1.1.1967 är den kommunala socialvår- den i Göteborg organiserad enligt helhetsprinci- pen, d.v.s. social-, barna- och nykterhetsvård har integrerats med varandra. Sedan ungefär lika länge (sedan 1.5.1967) har den socialmedicinska institutionen vid Göteborgs universitet varit enga- gerad i viss försöksverksamhet inom den icke- institutionsbundna kommunala socialvården. Efterfrågan på medverkan av socialmedicinsk utbildade läkare har successivt ökat, vilket utvisar

att socialarbetarna känner behov av sådan expertmedverkan. I försöksverksamheten har ingått systematisk såväl som icke-systematisk utbildning av tjänstgörande socialarbetare i social- medicin. Detta har sannolikt bidragit till den ökade efterfrågan på socialmedicinsk läkarmed- verkan. Hur stort behovet av en dylik medverkan i själva verket är, kan knappast uppskattas ännu, eftersom den här utvecklingsprocessen fortgår. Den efterfrågan som för närvarande föreligger vid socialbyråerna i Göteborg torde motsvara 8—9 heltidstjänstgörande socialläkare.

Sedan 1.1.1970 har inom Göteborgs sjukvårds- förvaltning tillskapats en socialmedicinsk basor- ganisation. Denna har utformats väsentligen efter kvalitativa synpunkter och icke efter de förvänta- de kvantitativa behoven av socialmedicinska insatser inom staden. Huvudmannen har därmed önskat ge uttryck för basorganisationens karaktär av försöksverksamhet. Ett tillskott av resurser får bli avhängigt av efterfrågeutvecklingen.

Enligt den principskiss som redovisats i figur 1, omfattar basorganisationen tre huvuddelar, näm- ligen

- kuratorsorganisationen vid Sahlgrenska sjuk- huset
- en socialmedicinsk klinik med tre öppen- vårdsenheter vid Sahlgrenska sjukhuset
- socialläkarverksamheten vid stadens social- byråer.

Kuratorsverksamheten vid Sahlgrenska sjukhu- set hålles samman av en chefurator under över- läkaren vid den socialmedicinska kliniken. De olika klinikuratorerna har resp. klinikchef som arbetsledare, men sorterar administrativt under den socialmedicinska kliniken. Genom ett särskilt kuratorskollegium får sjukhusuratorerna möjlig- het att utbyta erfarenheter och erhålla kontakt med annan socialmedicinsk praktisk och teoretisk verksamhet.

Socialläkarverksamheten fungerar så, att den vid en socialbyrå stationerade socialläkaren kon- sulteras av byråns socialarbetare, när dessa kän- ner behov därav. Konsultationerna är informella med muntlig överläggning på basis av en schema- tisk, skriftlig sammanfattning av socialmedicinska

frågeställningar, uppgjord av socialarbetaren. Försök pågår med att utveckla metoder, som gör det lättare för socialarbetaren att rutinmässigt fånga upp ärenden, där medverkan av socialläkaren redan på tidigt stadium kan vara ändamålsenlig.

Den *socialmedicinska kliniken* omfattar, och kommer att omfatta, endast öppen vård. Den består av tre team (mottagning I, II och III), vart och ett bestående av läkare, sköterska, psykolog och socialarbetare. Mottagning I har reserverats för remissärenden från läkare och/eller kuratorer vid Sahlgrenska sjukhuset, mottagning II för remissärenden från försäkringskassa, länsarbetsnämnd m.fl. sociala organ samt öppen sjukvård utanför Sahlgrenska sjukhuset. Mottagning III, slutligen, avses att förstärka socialläkarverksamheten och att tjänstgöra som kanal mellan Göteborgs socialförvaltning och kliniken. Därför har arrangerats så, att till denna mottagning knutits en socialvårdsgrupp (en socialsekreterare, tre 1:e socialassistenter), anställd hos socialförvaltningen men stationerad på den socialmedicinska kliniken.

Kontakten mellan sjukvård och socialarbete genom kliniken har bevakats även genom andra arrangemang. Sålunda är läkaren vid mottagning II samtidigt engagerad som förtroendeläkare vid Göteborgs försäkringskassa. Han får på så vis möjligheter att tillsammans med kassans tjänstemän välja ut de ärenden, som man gemensamt anser erfordra en särskild socialmedicinsk utredning och bedömning. En av klinikens biträdande överläkare fungerar som konsult vid sjukvårdsförvaltningens familjerådgivningsbyrå, vilken byrå administrativt sorterar under den socialmedicinska basorganisationen, men lokalmässigt utgör en separat enhet. Slutligen medverkar kliniken till kontaktskapande mellan sjukvård och socialarbete därigenom att klinikens läkare ingår i olika samrådsgrupper o. likn. Det kan nämnas att överläkaren för kliniken är utsedd att representera Göteborgs sjukvårdsförvaltning i den samrådsgrupp som i övrigt representeras av länsarbetsnämnden, Göteborgs socialförvaltning samt Göteborgs försäkringskassa. Gruppens uppgift är att ventilera praktiska problem i handläggningen av arbets-

vårdsärenden. På liknande sätt ingår överläkaren i kommittén för brottsförebyggande verksamhet i Göteborg tillsammans med representanter för polismyndighet, skyddskonsulentorganisationen, Göteborgs socialförvaltning och Göteborgs skolstyrelse.

Efterfrågan av sjukvård i ett socialbyråklientel

I ovan redovisade försöksverksamhet med socialmedicinsk expertmedverkan vid Göteborgs socialbyråer, är det främst socialarbetarnas efterfrågan på sådan medverkan som manifesterats. Det avtalades vid försöksverksamhetens start, att socialmedicinaren icke skulle engagera sig i direkt sjukvårdande verksamhet vid socialbyrån. Inte heller skulle han utnyttjas till att, mer eller mindre *pro forma*, utfärda intyg av olika slag, erforderliga för socialarbetarens vidare handläggning av ett ärende. Verksamheten skulle istället ta sikte på en av socialarbetaren och läkaren gemensam penetration av ett ärende, både beträffande utredning och behandlingsplan.

Detta har fått till följd, att man kommit att bedriva ett slags "*socialmedicinskt case-work*", där de medicinska synpunkterna inpassats i sitt sammanhang med, och omväxlande med de sociala. Detta i sin tur har medfört att de berörda läkarna — utan att inbördes ha konfererat därom — känt det naturligt att undvika slutsatser formulerade i form av medicinska diagnostiska kategorier. Samtidigt minskade emellertid möjligheterna att i sådana termer beskriva de ärenden i vilkas handläggning man medverkat.

Vare sig från kvantitativ eller kvalitativ aspekt har således denna försöksverksamhet kunnat bidra till att belysa frågan, vilket *behov* eller vilken *efterfrågan* av sjukvård som förekommer bland de människor som står som servicetagare i den kommunala socialvården.

För att åtminstone approximativt få en uppfattning härom, genomfördes därför en separat inventering. Till grund för denna lades en konsekutiv serie personer, som under mars månad 1968 aktualiserats vid en av Göteborgs socialbyråer.

Vid nyssnämnda tidpunkt hade den kommunala

socialvården i Göteborg bedrivits enligt helhetsprincipen sedan drygt ett år. Endast personer fyllda 18 år medräknades; barnvårdsärendena noterades på modern eller annan vuxen vårdnadshavare.

Under ifrågavarande månad aktualiserades på ett eller annat sätt 949 personer vid byrån. Med ledning av personuppgifterna framtogs för envar av dessa försäkringskort m.m. från Göteborgs försäkringskassa. Det antogs att man på så vis kunde få en acceptabel kumulativ information om vederbörandes hälsotillstånd, av sjukdom föranledd arbetsoförmåga samt viss medicinsk information. För att homogenisera informationen, begränsades den till omständigheter som förelegat eller inträffat under tvåårsperioden 1966-67. Genom att utesluta information från första kvartalet 1968 antogs det att man kunde utesluta ett villkorligt samband mellan sjukdom och behov av främst socialhjälp i form av ekonomiskt stöd.

Från vart halvår under perioden 1966-67 antecknades hur många gånger vederbörande varit korttidssjukskriven (= kortare tid än 90 dagar). För hela tvåårsperioden noterades antalet långtidssjukskrivningar (= 90 dagar eller längre). Förekomst av förtidspensionering noterades. Nämnade uppgifter kompletterades med tillgänglig medicinsk information, nämligen intygssdiagnoser för sjukskrivning resp. förtidspensionering. Diagnoserna sammanfördes till kategorier som överensstämmer med kapitelrubrikerna i WHO:s klassifikation rörande sjukdomar och skador.

(Bearbetningen av registerdata och försäkringskort m.m. utfördes av medicine kandidaterna Annika Brogren, Arne Edström och Björn Rydevik.)

Till jämförelse med ovannämnda material övervägdes att insamla en särskild, för kön, ålder och hemmahörighet matchad befolkningsgrupp. Redan en översiktlig jämförelse med uppgifter från Riksförsäkringsverkets officiella försäkringskassestatistik, med hänsyn tagen till försäkringskassetillhörighet, kön och ålder, utvisade emellertid att eventuella skillnader mellan socialbyrå-

och genomsnittspopulationen icke var markant. Denna översiktliga bedömning kunde således icke styrka hypotesen att socialbyråpopulationen skulle uppvisa en översjuklighet, bestämd på här redovisat sätt. Under sådana förhållanden ansågs det icke indicerat att mera i detalj söka pröva hypotesen.

Denna hade formulerats utifrån såväl systematiska undersökningar som kasuistiska sammanställningar rörande sjukvårdsbehov och sjukvårdsefterfrågan inom främst socialvårds- och nykterhetsvårdspopulationerna. Anledningen till att hypotesen nu icke kunde verifieras, kan antas ligga däri, att den studerade gruppen kvantitativt domineras av personer med renodlat behov av sociala hjälpåtgärder. På så sätt kom de personer, som *de facto* föredro samtidigt behov av sjukvård och socialvård, att maskeras i de statistiska jämförelserna.

Denna tolkning ligger i linje med det allmänna intryck som rapporterades från socialarbetarna på byrån ifråga, nämligen att enkla socialhjälpärenden kvantitativt dominerar över byråns verksamhet med komplicerade behandlingsfall.

Efterfrågan av socialvård i ett sjukvårdsklientel

Beträffande speciella patientgrupper inom sjukvården har man tämligen utförligt kartlagt behovet av olika sociala stödåtgärder. Det gäller i första hand patienter med somatiska och psykiska handikapp av olika slag. De anspråk på socialvård i vidare bemärkelse, som svarar mot vissa sjukvårdsgrenar, kan därför i vissa fall ganska väl preciseras, kvantitativt såväl som kvalitativt.

Om man bortser från dessa undantag, saknas däremot ens approximativa beräkningar av behov och efterfrågan av sociala hjälpinsatser inom ett sjukvårdsklientel. I de fall, då man har möjlighet att notera efterfrågan — exempelvis vid odelade lasarett med tillgång till kuratorsmedverkan — torde denna i hög grad influeras av den ansvariga sjukvårdspersonalens uppmärksamhet på och inställning till patientens behov av sociala stödåtgärder. Man har här alltså en spegelbild till vad ovan beskrivits rörande socialarbetarens på en

socialbyrå inställning till behovet av medicinsk expertmedverkan resp. medicinska hjälpåtgärder.

Behovet av social expertmedverkan i allmänläkarverksamhet har understrukits i debatten, men mera på basis av allmänna erfarenheter än grundat på systematiska behovsinventeringar. En omfattande exploration av öppen sjukvård i Göteborg under föregående år genomfördes t.ex. utan att utredningen beaktade denna problematik.

Vissa deskriptiva redogörelser för allmänläkarens klientel såväl i tätort som i glesbygd, låter förmoda att man skulle finna en spegelbild till förhållandena i ovannämnda inventering av sjukvårdsbehovet hos en socialbyråpopulation. Allmänläkarens klientel förefaller nämligen kvantitativt domineras av renodlat sjukvårdsbehövande, så att de patienter, som samtidigt skulle behöva sociala hjälpinsatser, undanskymmes i de statistiska trenderna.

I detta läge är det egentligen anmärkningsvärt att man inte i vårt land arrangerat en försöksverksamhet av analogt slag med ovannämnda socialmedicinska försök med inplacering av läkare i socialbyråernas verksamhet. Preliminära rappor-

ter från sådan försöksverksamhet i England har givit lovande resultat. Man inkluderade där socialarbetare i staben vid en gruppläkarmottagning för allmänmedicinsk verksamhet. Från dessa preliminära försök har det rapporterats att tillskottet av social expertmedverkan har aktualiserat andra hjälpinsatser än ekonomiskt stöd eller liknande. Det förefaller vara så, att socialarbets-arens egna kunskaper och färdigheter betyder mest som resursförstärkning i allmänläkarverksamheten.

Det är naturligtvis oklart i vilken utsträckning dessa erfarenheter äger giltighet även i vårt land. Men, med hänsyn till de vårdpolitiska konsekvenser som de kan medföra, måste det anses ytterst angeläget att få till stånd motsvarande försöksverksamhet inom svensk sjukvård.

Sådana försök måste dock kompletteras av systematiska inventeringar. Skälen är desamma som ovan redovisats beträffande den socialmedicinska försöksverksamheten i socialbyråarbetet. Det är vårdtagarnas behov och efterfrågan på insatser som intresserar, inte vårdgivarnas attityder!

Alkoholfrågan

är tidskriften som

speglar vårt största sociala bekymmer. Inte bara nykterhetsnämnder utan alla socialvårdande grenar möter ständigt alkoholproblem.

● Nya synpunkter och aktuell information får man lättast som prenumerant på Alkoholfrågan.

● Medicinsk och social alkoholforskning bevakas, debatten följs och stimuleras.

15 kronor för nio nummer 1970. Postgiro 30 59

ALKOHOLFRÅGAN

Tel. 08 - 67 97 20

Karlavägen 117, 115 26 Stockholm