

Socialmedicin vid kärnsjukhus

Frågan om en bättre samordning mellan sjukvård och socialvård är ett f.n. högst aktuellt diskussionstema (1-4). Behovet av betydande förändringar av vår totala vårdorganisation har blivit allt påtagligare. Ett aktuellt försök att möta detta behov bl.a. genom en bättre integrerad socialmedicinsk verksamhet återfinnes i det hösten 1967 publicerade programmet för kärnsjukhuset i Skövde (5). Det präglas av de allmänna förutsättningarna för detta program d.v.s. den långsiktiga planen för hälso- och sjukvården i Skaraborgs län (6). Denna förutsätter fr.a. en bättre samordning mellan öppen och sluten sjukvård. "Kärnan" för denna samordning skall vara centrallasarettet — som i denna sin något ändrade funktion döpts om till "kärnsjukhuset". En motsvarande målsättning synes vinna terräng också i andra landstings sjukvårdplaner. Genom att anknyta till kärnsjukhuskissen bör man därför kunna få en tämligen allmängiltig illustration av möjligheterna att organisera en socialmedicinsk verksamhet vid ett centrallasarett.

Följande principresonemang har det nämnda kärnsjukhusprogrammet som sin förutsättning. Det innebär dock inte någon slutgiltig organisationsplan — allra minst vid det ifrågavarande speciella kärnsjukhuset.

Vad är socialmedicin?

Socialmedicin i vår land har kommit att innefatta framför allt fyra områden: (1).

1. Administrativ medicin, d.v.s. problem som

Programmet för det planerade centrallasarettet i Skövde, det s k **kärnsjukhuset**, innefattar bl.a. planer på en särskild socialmedicinsk avdelning liksom för ett socialmedicinskt-psykiatriskt block vid sidan av de medicinska och kirurgiska klinikblocken.

Om principerna för dessa delvis nya sjukvårdsfunktioner handlar nedanstående artikel, som bygger på en föredragning vid Skaraborgs läns höstlandsting 1967.

har med sjukvårdsorganisation och sjukvårdsadministration att göra.

2. Epidemiologi¹⁾ och vitalstatistik, d.v.s. studiet av hur sjukdomar, invaliditet, dödsfall, sjukvårdsåtgärder etc. fördelar sig i samhället — främst ett forskningsområde men med nära anknytning till bl.a. praktiska sjukvårdsorganisatoriska problem.
3. Preventiv medicin d.v.s. alla former av förebyggande vård inkluderande olika typer av hälsoundersökningar.
4. Socialmedicinsk rehabilitering.

Inom ramen för verksamheten vid ett kärnsjukhus torde fr.a. det sistnämnda området bli aktuellt. I programmet för kärnsjukhuset i Skövde återkommer i detta avseende begreppet socialmedicin i två något olika sammanhang: i beteckningen det socialmedicinskt-psykiatriska blocket och i beteckningen socialmedicinsk avdelning.

Det socialmedicinskt-psykiatriska blocket

Socialmedicinsk verksamhet ingår i en eller annan form i de flesta klinikers arbete. Barnläkaren behöver kontakter med barnavårdsnämnden, kirurgen och ortopederna med arbetsvården o.s.v. Vid vissa kliniker är denna sammanvävning av social och medicinsk problematik synnerligen in-

¹⁾ Obs. Icke att förväxla med läran om infektionsjukdomar.

tim. Dessa kliniker planeras vid kärnsjukhuset samlade till *ett* klinikblock med en gemensam medicinskt-administrativ ledning. Tanken på sådan blockorganisation anknyter till t.ex. Netzen-utredningens tankegångar (7) och förutsätter ett på motsvarande sätt uppbyggt kirurgiskt block (inkluderande t.ex. öronspecialiteten) liksom ett medicinskt block (inkluderande t.ex. pediatrik). (5).

Det socialmedicinskt-psykiatriska blocket planeras innefatta kliniker för vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, långtidssjukvård, rehabilitering och socialmedicin.

Det psykiatriska klientelet utmärkes i sin helhet av en rad sociala problem: med arbetsanpassningen, med ekonomiska svårigheter, med trasiga äktenskap o.s.v. Socialt alkoholmissbruk förekommer hos en mycket stor del av de manliga patienterna. Vid behandlingen av de psykiatriska patienterna intar sociala åtgärder en central plats: stöd åt ekonomin, bättre bostäder, arbetsvård o.s.v.

Likaledes visar alla undersökningar att *det barn- och ungdomspsykiatriska klientelet* huvudsakligen kommer från socialt ogynnsamma förhållanden med miljöer karakteriserade av skilsmässor, alkoholmissbruk, kriminalitet o.s.v.

Betr. *långvårdsklientelet* är behandlingsresultatet i hög grad beroende av olika sociala åtgärder: bostäder med rimlig standard inte minst med hänsyn till handikapp-problemen, hemsjukvård med sysselsättningsterapi o.s.v. Äldringar riskerar av ekonomiska och andra skäl att leva på en underhållig diet. Också här är det krav på åtgärder av närmast social natur.

Rehabiliteringskliniken skall behandla patienter med speciella problem när det gäller att återfå största möjliga sociala och personliga prestationsförmåga. Med den uppbyggnad dessa kliniker fått i vårt land har de framför allt kommit att koncentreras på att träna upp och kompensera för olika kroppsliga handikap (förlamningar, ledbesvär etc.). Redan detta arbete måste givetvis ske i nära samarbete med arbetsvård och andra samhällseliga organ. Dessutom gäller att även patienter med i första hand kroppsliga handikap ofta karakteriseras av en rad psykiska och

sociala problem, förklarliga redan genom att en långvarig sjukdom gärna placerar en människa i social särställning.

Den socialmedicinska avdelningen: ett sjukvårdens behov

Den direkt till de nu nämnda klinikerna knutna socialmedicinska verksamheten är alltså mycket omfattande. Likväl talar erfarenheten för att den icke är tillräcklig. Det är här den särskilda socialmedicinska avdelningens uppgift kommer in.

Låt oss först se detta ur sjukvårdens synpunkt. Vi finner då att vissa patienter har besvär som huvudsakligen sammanhänger med olika sociala problem och att dessa patienter i vår nuvarande specialistorganisation riskerar en felaktig eller ofullständig vård. Det kan bero på en brist på antingen tid eller kunskaper hos den anlitate somatiske eller psykiatriska specialisten. Någon gång gäller det anmärkningsvärt enkla ting. Ett fall för något år sedan ur artikelförfattarens egen erfarenhet hade ett 20-tal gånger sökt specialist för värk i ena benet utan förbättring. Hon hade en åldersförslitning i höften men väsentligt var att hon bodde 4 tr. utan hiss. Ändrades bostadssituationen försvann också det väsentliga av hennes besvär.

I regel är det också fråga om betydligt mer invecklade härvor — där man kanske måste behandla hela familjen samtidigt. Där mannens spritmissbruk och arbetsoförmåga, familjens sviktande ekonomi, hustruns psykiska nedgång-enhet och barnens vanart kräver ett samlat socialt och medicinskt grepp i ett lagarbete mellan sjukvårdens och socialvårdens personal (8).

Ett exempel på sådant lagarbete kan tas från en skisserad socialmedicinsk organisation i Göteborg (9). Man tänker sig där regelbundna behandlingssammanträden, där man kan samla tjänstemän från socialvård, arbetsvård, försäkringskassa, bostadsnämnd och sjukvård för att samordna åtgärderna i ett speciellt fall. Avsikten är att patienten samtidigt som han får arbete också skall ha den bostad som han behöver för arbetet; att han får arbete i medicinskt rätt ögonblick och att också de sociala åtgärderna

i form av ekonomiskt stöd, hjälp med barn på barnhem etc sätts in och drages tillbaka i takt med övrig hjälp. Som förhållandena nu är står patienten i regel i helt skilda köer till arbetsvård, till bostadsförmedling, till den och den specialistmottagningen o.s.v.

Ur sjukvårdssynpunkt väsentligt är att vården av den nämnda patientkategorin för närvarande inte bara blir felaktig utan ofta också anmärkningsvärt dyrbar. Man kan inte bota dessa patienter med medicinska åtgärder. De går därför från läkare till läkare. Typexempel är vissa patienter med ryggvärk men med alkoholism och andra sociala problem i bakgrunden, vilka obotade går från ortoped till invärtes-medicinare, vidare till kirurg och sedan till psykiatern och sedan rundan om igen.

Ytterlighetsfall belysande denna problematik är patienter, som varje dag söker en ny poliklinik för något nytt besvär och bokstavligen bor på sjukhuset. Den socialmedicinska utredningen i sådana fall kan t. ex. visa bakomliggande ensamhetsproblem, som bäst löses genom att knyta patienten till någon enkel form av dagvård, daglig kontakt med arbetsterapeut eller liknande.

Den socialmedicinska avdelningen: ett socialvårdens behov

Men en socialmedicinsk avdelning behövs inte endast ur sjukvårdens utan också ur socialvårdens synpunkt. En rad undersökningar, främst av Gunnar Inghe (10) har visat att socialvårdens klientel i stor utsträckning är människor med påtagliga medicinska svårigheter invävda i sina sociala problem.

Behovet av en bättre samordning av socialvård och medicinsk vård motiverade redan för flera decennier sedan inrättandet av särskilda s.k. socialläkartjänster i Stockholms stad, knutna till Socialnämnden och med uppgift att hjälpa till med behandlingen av patienter med komplicerade sociala och medicinska problem. Erfarenheterna av dessa tjänster har varit goda och nya tjänster har fortlöpande inrättats i Stockholm liksom i en rad andra större städer (Uppsala, Norrköping, Göte-

borg m.fl). På de sistnämnda orterna har tjänsterna ibland haft samma karaktär som i Stockholm, ibland haft huvudvikten vid service åt åldringsklientelet.

Socialmedicinska avdelningar knutna till sjukhusen har saknats fram till sista året, då man ungefär samtidigt i Stockholm, Malmö och Göteborg inrättat eller planerat att inrätta sådana i anslutning till de där existerande socialmedicinska universitetsinstitutionerna. I Göteborg har denna planering utsträckts att gälla frågan om en organisatorisk samverkan mellan den sjukhusanknutna socialmedicinen och socialläkartjänsterna vid olika socialbyråer liksom annan påtagligt socialmedicinsk vårdverksamhet inom staden.

Alternativa målsättningar

Målsättningen för en socialmedicinsk avdelning inom kärnsjukhuset synes i första hand bli att taga sig an ett socialt problemklientel, som för närvarande riskerar att ramla mellan de sociala och medicinska stolarna i vårdorganisationen.

Som framgått är dock det socialmedicinska arbetsfältet mycket stort. Lokala och personliga förutsättningar kan motivera en annan konkret målsättning än den nyssnämnda. Det kvalificerat socialmedicinska arbetet kan t.ex. också sättas in för att stödja arbetet på åldringsvårdssektorn. I Göteborg finns en särskild socialläkartjänst inrättad med sådana uppgifter och verksamheten i en del andra städer har som ovan nämnts gått efter dessa linjer. Vården av det sociala problemklientelet kan då sjukvårdsmässigt inordnas inom ramen för den psykiatriska kliniken, vilken i hitillsvarande organisation främst haft ansvaret för detta klientel.

Administrativ medicin

Vad som ovan behandlats faller helt inom området socialmedicinsk rehabilitering. De i det socialmedicinska sjukvårdsarbetet verksamma läkarna kan ofta genom utbildning och inriktning vara lämpade att ta itu med den administrativa medicinens problem. Här torde de dock endast kunna bidra med en begränsad konsultfunktion om de engage-

ras så starkt i det direkta vårdarbetet som ovan skisserats.

Bl.a. för att få en ekonomiskt riktig planering kommer dock rimligen även på länsplanet ett allt starkare behov av en fast organisation för att bearbeta allmänna administrativt medicinska problem, för att planera den förebyggande hälsovården, för att lägga upp en epidemiologisk forskning av betydelse för den lokala sjukvårdsplaneringen o.s.v. En viss sådan planering sker f. n. i anslutning till de socialmedicinska universitetsinstitutionerna. Även den socialmedicinska verksamheten vid kärnsjukhuset kan givetvis dimensioneras för att arbeta med sådana problem. Det måste dock här i högsta grad bli fråga om en tvär-vetenskaplig verksamhet med ett lagarbete mellan olika medicinska specialister, administratörer, ekonomer, statistiker o.s.v.

Allmänläkarvården

Ovanstående resonemang har begränsats till den sjukhusanknutna socialmedicinska verksamheten. Det är därmed högst ofullständigt. Varje analys av den socialmedicinska vårdproblematiken måste i hög grad ta hänsyn till verksamheten vid den icke sjukhusanknutna öppna vården. Provinsialläkarens och allmänpraktikerns uppgifter är och blir i allt högre grad av socialmedicinsk natur. (11, 12). Men också på detta område finns en grupp av så komplicerade fall att de kräver specialister och framför allt specialistteam mellan sjukvårdens och socialvårdens folk.

Det finns emellertid all anledning att diskutera former för organisatorisk samordning av sjukhusets och allmänläkarens socialmedicinska verksamhet. Patientklientelet och målsättningen för arbetet inom det socialmedicinskt-psykiatriska blocket är till stor del detsamma som för allmänläkaren. En samordning krävs då redan för att få en smidig fördelning av dessa arbetsuppgifter. Gemensamma utbildningsproblem och icke minst möjligheterna till bättre samarbete i det enskilda fallet genom gemensamma ronder och konferenser är andra uppgifter som måste lösas. Särskilt aktuell är här frågan om handledningen

av vidare- och efterutbildningen i allmänläkarvården. Denna bör rimligen anknytas till kärnsjukhuset i dess egenskap av landstingsområdets undervisningssjukhus.

På olika håll utomlands — fr.a. i Danmark och England — pågår försök till bättre organiserad samordning mellan sjukhusens och allmänläkarens patientvård. Den har främst gällt den psykiatriskt betonade verksamheten. I Sverige har en utveckling efter mer allmänna linjer börjat på forsknings- och utbildningssidan med det s.k. Dalbyprojektet. En av de angelägnaste socialmedicinska uppgifterna är att snarast få till stånd flera liknande projekt. Sådana planeras också t.ex. i Tierp och Göteborg.

Kuratorsorganisationen

Av ovanstående torde framgått att socialmedicinens arbetsuppgifter har en stor och något diffus omfattning. Det betyder att man vid den organisatoriska utformningen måste lägga stor vikt vid en rationalisering och begränsning av arbetskraven. I detta fall erbjuder den föreslagna blockorganisationen stora fördelar.

Tablån å sid. 40 är en skiss dels över funktionerna inom det socialmedicinskt-psykiatriska blocket, dels av de lokala organ blocket i första hand har att samarbeta med.

Betr. arbetet inom blocket har de olika klinikernas (eller sektionernas) uppgifter redan berörts. Men utom dessa finns också knutna till blocket vad som i nämnda tablå betecknats som "*speciella funktioner*". Dessa får uppfattas som i första hand knutna till blocket. En rad skäl kan sedan tala för att knyta dem till den ena eller andra kliniken eller sektionen av blocket.

I aktuella organisationsplaner (5, 9) framkommer en enighet om att varje sjukhus behöver en sammanhållen *kuratorsorganisation*, företräd av en chefurator. En sådan sammanhållning möjliggör en mer rationell arbetsfördelning. Man kan t.ex. centralisera de vårdplatsfördelande funktionerna, som f.n. upptar huvudparten av kuratorsarbetet. Övriga kuratorer kan på så sätt få mer tid att stödja och handla socialmedicinskt mer komplicerade fall.

Vissa meningsskiljaktigheter synes föreligga beträffande kuratorsorganisationens anknytning till den övriga sjukvårdsapparaten. Fr. a. gäller detta frågan om det skall vara en i sjukhuset fristående organisation eller om den skall anknytas till en socialmedicinsk avdelning. Det har i debatten höjts röster för att den föreslagna kuratorsorganisationen skulle vara en inom sjukhuset helt fristående organisation. Detta synes dock innebära en risk för onödig och ineffektiv organisatorisk splittring. Det strider mot en allmänt omfattad strävan till en bättre integration av sjukhusförvaltningen och en intimare samordning av social och medicinsk vård — som t.ex. kommer till uttryck i idén om en blockorganisation.

Den gemensamma kuratorsorganisationens plats är definitivt inom det socialmedicinskt-psykiatriska blocket. Det synes dessutom lämpligt att kuratorerna får en anknytning till den socialmedicinska avdelningen, om dess uppgifter blir som ovan skisserats. För detta talar icke minst gemensamma utbildnings- och efterutbildningsproblem. Det synes också vara riktigt, att chefkuratorn får en tjänstgöringsmässig anknytning till sjukhusets socialmedicinska specialavdelning.

Andra speciella socialmedicinska funktioner

Även den rent medicinska *alkoholistvården* är f.n. organisatoriskt mycket oenhetlig. Särskilda alkoholpolikliniker finns på olika sätt inrättade runt om i landet. Det klassiska finkandet av fyllerister kan snart — hoppas vi — börja ersättas av en medicinsk behandling vid s.k. tillnyktringsstationer. Åtminstone en mindre sådan torde krävas vid ett kärnsjukhus. I ett förslag gällande göteborgsförhållanden har diskuterats att dessa olika alkoholistvårdande verksamheter skall organiseras som särskilda enheter med egna överläkare men inom ramen för en socialmedicinsk klinik (9). Detta kan där motiveras m.h.t. problemets omfattning, då var fjärde manlig göteborgare vid 50 års ålder haft kontakt med Nykterhetsnämnden. I mer landsbygdsbetonade län kommer verksamheten rimligen icke att vara större än att den kan inordnas inom den psykiatriska kliniken arbetsram. Alkoholist-

klientelets genomgående sociala problemkaraktär kräver dock möjligheter till goda kontakter med den socialmedicinska avdelningen.

Konsultverksamhet vid länets arbetsträningsinstitut krävs från alla kliniker — men bör kanske rimligen ledas från rehabiliteringskliniken.

Den skaraborgska sjukvårdsplanen förutsätter *hemvårdscentraler vid bassjukhusen* (normallasa-retten), som bland annan hemvård också skall erbjuda arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk service åt den öppna långtidssjukvården och handikappvården inom sjukvårdsområdet. En viss central samordning av dessa aktiviteter torde krävas på kärnsjukhusnivån, där den kan anknytas alternativt till långvårdskliniken, rehabiliteringskliniken eller den socialmedicinska avdelningen. Liknande alternativa lösningar kan tänkas betr. en föreslagen *central instans inom länet för handikappfrågor* överhuvudtaget. Dessa möjligheter till olika lösningar är bra exempel på fördelarna med blockprincipen. Arbetsförhållanden och intresseinriktning hos resp. klinikföreträdare och hans medarbetare kan på ett naturligt sätt spela in när det gäller den bästa möjliga arbetsfördelningen. Självfallet skall man heller icke en gång för alla behöva låsa sig för en viss organisationsform. Förändringar beträffande arbetsfördelningen skall — genom den enhetliga blockchefsledningen — kunna ske när ändrade omständigheter kräver detta.

Vikten av att få sådana här f.n. spridda aktiviteter inordnade i ett större socialmedicinskt sammanhang kan belysas med exempel från *abortrådgivningsverksamheten*.

Situationen i landet under 1967 har varit att antalet abortsökande befunnit sig i starkt ökande liksom antalet beviljade aborter. På sina håll har detta nära nog lamslagit abortrådgivningsverksamheten. Väntetiden har vuxit så att kvinnor, som sökt under ett tidigt stadium av graviditeten och fyllt lagens krav på abortindikationer riskerat att icke få tid förrän efter 24:e veckan — då lagen icke längre tillåter ett ingripande. Andra tidigt sökande har i en sådan situation fått ur medicinsk och psykologisk synpunkt otillfredsställande sena aborter. Orsakerna till att denna orimliga situation kunnat uppstå torde till stor del ligga i att arbe-

tet skett på isolerade enheter. En inordning i ett större block hade givit helt andra möjligheter att disponera om resurserna och klara krissituationen.

Verksamheten vid en abortrådgivningsbyrå är ett typexempel på praktisk socialmedicinsk problematik. Detsamma torde väsentligen gälla för verksamheten vid *familje- och sexualrådgivningsbyråer* (13). Samtliga dessa aktiviteter bör höra till det socialmedicinskt-psykiatriska blocket och bl.a. med tanke på utbildningsproblematiken knytas an till den socialmedicinska avdelningen. Detta innebär givetvis icke att de behöver ha någon lokalmässig anknytning.

Samarbete med andra sociala och medicinska instanser

Det socialmedicinska blockets samarbete utåt riktar sig dels mot sjukvården, dels mot andra samhälleliga organ (se *tablå*).

Gentemot *sjukvården* kan blocket fungera som ett vanligt remissorgan. En stor roll kommer kuratorerna att spela som socialmedicinska representanter vid olika kliniker. Blocket fungerar också som remissinstans gentemot den *öppna vården utanför sjukhuset*. Här krävs dock på längre sikt planer för ett betydligt intimare samarbete.

Beträffande *sjukvårdsförvaltningen* kan blocket och kanske framför allt den socialmedicinska avdelningen ge viss service betr. administrativt-medicinska problem, inte minst problem betr. samordning av sjukvårds- och socialvårdsarbete.

Från *socialvårdens* sida finns som ovan framhållits behov av en socialmedicinsk service betr. de sociala nämndernas klienter: alkoholistklientelet, barnavårdsklientelet och personer med arbets- och försörjningssvårigheter i socialklientelet.

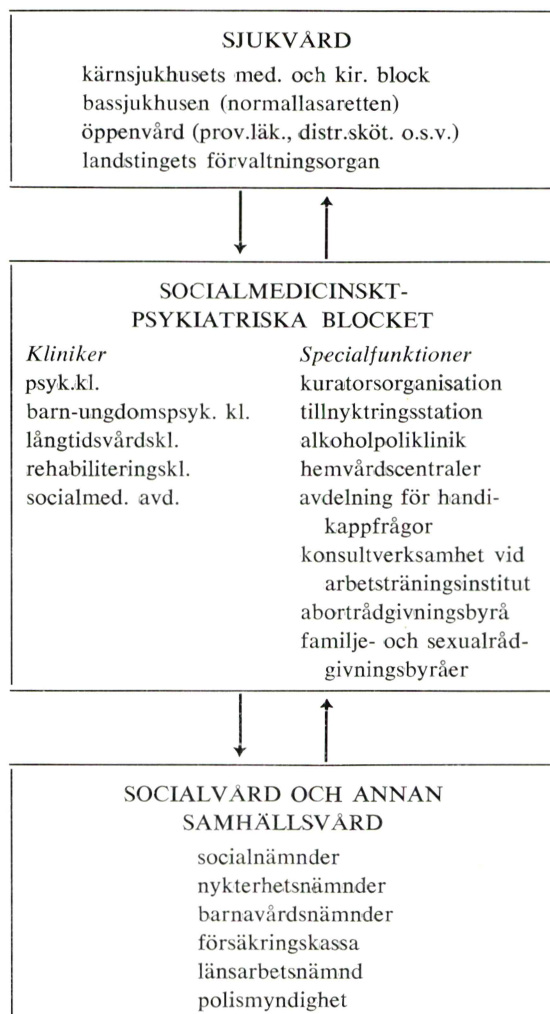
Betr. *försäkringskassan* har man intrycket av en stor och ökande efterfrågan. Det sammanhänger bl. a. med försäkringskassans på senare år tillkomna uppgift att utreda möjligheten till rehabilitering av personer sjukskrivna mer än 90 dagar. Antalet sådana fall är i våra storstäder betydande — 43/1000 försäkrade (13). Denna siffra kan visserligen icke omedelbart överföras på landsbygdsbetonade distrikt. Samtidigt kan man knap-

past tveka om att även här åtskilliga långtids-sjukskrivna behöver en ingående socialmedicinsk utredning och behandling.

Även från en rad andra samhälleliga organ kan man förvänta sig befogade krav på bättre socialmedicinsk service: från *länsarbetsnämnden*, från *polisen* (i synnerhet om alkoholistklientelet icke längre får sättas i arrest utan skall ha behandling) o.s.v.

Social receptur

En väsentlig princip när det gäller det socialmedicinska blockets samarbete utåt med annan sjukvårdsmässig och samhällelig verksamhet är att



samarbetet skall kunna gå i båda riktningarna på vidstående *tablå* markerat genom pilar både *till* och *från* det socialmedicinskt-psykiatriska blocket. Det för närvarande påtagliga är att de olika sociala institutionerna kräver en bättre medicinsk service. Väl så viktigt på längre sikt är dock att de sociala organen ges möjlighet till en bättre service — en bättre "social receptur" — för de sjuka och insufficianta. Möjligheterna till en sådan förbättrad "receptur" torde bli betydligt större genom den föreslagna integrerade socialmedicinska verksamheten.

Det hittills väsentligaste uttrycket för att vi behöver en effektivare samordning av sociala och medicinska vårdfunktioner ligger i den från 1/1 1968 sammanslagna Social- och Medicinalstyrelsen. Men det till slut avgörande blir lösningarna på de direkta vårdproblemen. Här kommer kärnsjukhusets/centrallasarettets centrala roll in. *Genom socialmedicinskt-psykiatriska block samlar man nu spridda funktioner för att klara samarbetet mellan sjukvård och socialvård på bred front. Genom en särskild socialmedicinsk avdelning får man förutsättningar att klara samordningsproblemen i de mest komplicerade fallen.*

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Ingelmark B. E.* (1967): Socialmedicin som akademisk disciplin. Soc. med tidskr. 44: 362—366
2. *Höglund Th.* (1967): Socialmedicin som klinisk disciplin. Soc. med tidskr. 44: 367—371
3. *Magnusson A.* (1967): Sjukvård och socialvård. Soc. med tidskr. 44: 372—373
4. *Lindegård B.* (1967): Sjukvård och socialvård — samordning på patientnivå. Soc. med. tidskr. 44: 374—382
5. Plan för Skaraborgs läns kärnsjukhus i Skövde. Stencil Mariestad 1967.
6. Hälso- och sjukvård i Skaraborgs län. Betänkande utgivet av Landstingets sjukvårdutredning. Mariestad 1965
7. *Bergqvist G., Björkström S. & Sandberg G.* (1967): Analys av socialmedicinska patientärenden. Soc. med. tidskr. 44: 266—272
8. *Lindegård B.*: Socialmedicinsk verksamhet i Göteborg. Stencil. Göteborg 1967
9. *Inghe G.* (1960): Fattiga i folkhemmet, Stockholm 1960

10. *Blume N. R.* (1967): Familjeläkaren av i morgon. Pehr Dubb-journalen 1: 50—52
11. *Bengmark S.* (1967): Planera för en specialiserad öppen vård. Landstingets tidskrift sid. 72—78, 1967
12. *Carlsson B. & Westrin C-G.*: Klientelet vid en sexualrådgivningsbyrå. Föredrag i Göteborgs läkarsällskap 1966.
13. Långtidssjuka i våra storstäder 1962. Soc. med. tidskr. skriftserie no 32, Stockholm 1965

"Vi och vår hälsa"

HULTAFORS

fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt
sjuk- och konvalescenthem

Postadress: HULTAFORS

300 meter över havet.

Lämplig rekreationsort.

Alla moderna badformer,
elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr. N. Blomstedt
Konsulterande läk.: Dr. I. Unhäll

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 033/950 50.