

tränade i socialt arbete, till tjänst på Kurön. Ordning, disciplin och kraftfull beslutsamhet är utmärkande för Kuröns arbetsledare. Andan är kristlig, men något proselytmakeri förekommer icke. "Gedigen kristendom har en underbar makt att imponera på, lyfta och förädla även de råaste naturer", förklarar Berg. "Emedan högsta makten ligger i en enda mans hand, kommandörens, emedan alltså Kurön saknar styrelse och 'förtroendemän', så saknas även årsmöten, intriger och annat, som ej sällan försvårar många anstalters arbete", konstaterar Berg med tillfredsställelse. Ja, Kurön är alltså en av våra förnämsta vårdanstalter för alkoholmissbrukare och har, särskilt under den tiden den icke var erkänd, dvs. allmän anstalt, kunnat redovisa goda vårdresultat.

I dagens Sverige har vi ett trettiotal vårdanstalter för alkoholmissbrukare. De är av statlig, statserkänd och enskild natur, men alla vårdkostnaderna bestrides av statsverket. Bergs framtids-tankar har sålunda realiserats. Emellertid förekommer det som bekant mycken kritik mot dessa

vårdformer nuförtiden och från många håll hävdas, att de medicinska aspekterna på alkoholistvården skall vara dominerande. Dessa nya tankar återspeglas bl. a. i nykterhetsvårdsutredningens nyligen avgivna betänkande, vari behovet och värdet av ökade medicinska insatser starkt betonas. Mycket talar för, att utredningen tagit intryck av vad våra länkorganisationer och många läkare under de senaste åren haft att säga om den samhälleliga nykterhetsvården sådan den hittills utformats här i landet. Alla läkare är emellertid fortfarande icke benägna urgera, att alkoholismen är ett rent medicinskt problem, vilket däremot länkarna kategoriskt förklarar. I själva verket är väl också alkoholmissbruket i det enskilda fallet en sammansatt företeelse med ett flertal aspekter, en produkt av många faktorer, ingalunda alla hörande till läkarens omedelbara kunskaps- och erfarenhetsområde, även om man måste säga, att de medicinska synpunkterna har en central betydelse, vilket tidigare icke tillnärmelsevis rönt ett mot denna nyckelposition svarande beaktande.

## *Ett praktiskt uppslag i sjuksköterskefrågan*

Sjuksköterskebristen är den slutna sjukvårdens verkliga flaskhals. Bristen medför olyckliga humanitära, medicinska och sjukvårdsekonomiska konsekvenser av mycket stor räckvidd.

Varje åtgärd att undanröja densamma, som får praktisk betydelse, bör övervägas.

I och för sig är rekryteringen av sjuksköterskelever tillfredsställande. Utbildningskapaciteten också tillfyllest, om blott icke avgången från yrket varit så stor. Upp till hälften av de utbildade avgår snart, och den vanligaste anledningen är familjebildning, äktenskap.

De främsta hindren, när det gäller att få en gift sköterska att återgå i sjukvårdsarbete, är ekonomiska. När vederbörande upptäcker, att hon på grund av sambeskattningen och ett otillräckligt förvärvsavdrag får kanske 50 öre—1 krona i timmen som verklig förtjänst, ledsnar hon snabbt och känner sig förfördelad av samhället. Så mycket uppskattades alltså hennes i och för sig kvalificerade arbetsinsats!

Kostnaderna för hemhjälp till barnen är också ofta stora. Till detta kommer en rätt så obekvämt arbetstid, som mången gång måste sträcka sig långt ut på kvällarna.

För vårdnaden av gifta sjuksköterskors och sjukvårdsbiträdens barn under mödrarnas arbetstid har föreslagits barndaghem. Vissa resultat kan nås härmed, men svårigheterna att få det hela att fungera väl är stora. Bl. a. måste följande beaktas: Medan man på en industri har fixa arbetstider, som slutar i regel omkring kl. 17.00, hör det till undantagen, att sjukvårdspersonalen går just vid detta klockslag. På lasaretten måste man ha ungefär samma sköterske- och sjukvårdsbiträdesbesättning också efter detta klockslag, och en rätt betydande kader i verksamhet också på natten. Om man nu inrättar ett barndaghem, måste detta således fungera icke bara under s. k. kontorstid utan också till långt fram på kvällarna. Vanligt är, att sköterskorna slutar antingen kl. 20 eller kl. 21.30. Att då gå och purra upp sina barn på ett barndaghem för att flytta dem till det egna hemmets lugna vrå, kanske på långt avstånd från sjukhuset, bär naturligtvis emot och kan knappast vara lyckligt för barnen. Skall man ha barndaghemmet öppet under natten och ge mödrarna möjlighet, att när de slutar sent också ligga över för att ta barnet med sig på morgonen? Ett sådant arrangemang kan bli nödvändigt för nattpersonalens del. Det finns nämligen ensamstående mödrar också bland sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden. Detta är frågor, som måste lösas praktiskt och smidigt, och även med en aldrig så god vilja, kan det uppstå svårigheter, som icke är överkomliga.

Hur man än anordnar barndaghem, föreligger det alltid risk för ökad smittoöverföring, när barn samlas i kollektiv. Ibland förfar man så strängt, att infekterade barn utestängs temporärt från barndaghemmet, vavid i regel modern får stanna hemma för vårdandet av barnet. Detta kan vara dess mera motiverat inom sjukvården, som ett barndaghem, till vilket sjukvårdspersonal från olika avdelningar kommer och lämnar sina infekterade barn, kan bli en härd för nosokomiala infektioner, något som man alltmånga måste ägna uppmärksamhet och intensivare be-

kämpa. Men under infektionstider (epidemier t. ex. av övre luftvägsinfektioner) behövs sjuksköterskorna väl så mycket vara i tjänst. Just därför, liksom av flera andra allmänna skäl, är vården av barnen i det egna hemmet att föredra.

Nu till förslaget.

Eftersom nu sambeskattningen blivit en politiskt infekterad och därmed låst fråga, måste man söka sig fram efter nya linjer. Ett förslag gives därför här med s. k. barndagstraktamenten. Om en sjuksköterska eller ett sjukvårdsbiträde för sina barns vårdnad i hemmet är beroende av utomstående vårdare, hembiträden osv., synes det rimligt, att vederbörande får ersättning i form av barndagstraktamente. Det skulle här röra sig om ersättning för fördyrade omkostnader för inkomsternas förvärvande. I princip och för effektivitetens skull borde de vara skattefria. De skulle lätt kunna uträknas på schablon efter ungefär följande uppläggning:

För vårdnaden av barn upp till skolåldern förslagsvis 7 kr per första barn och dag samt ytterligare för varje barn i samma åldersskede 1 kr. För barn i skolåldern mellan 7 och 16 år för första barnet 4 kr och för varje barn ytterligare i den åldersgruppen också 1 kr. Vid uträkningen skulle givetvis yngre barn i första hand beaktas, så att om primärt 7 kr utgår, beloppet 4 kr för äldre barn skulle ersättas med 1 kr.

Naturligtvis måste dessa belopp bli föremål för avtalsförhandlingar och diskussioner. Sannolikt är att kostnaderna med detta system skulle bli avsevärt mindre och effekten långt bättre. än om man arrangerade särskilda barndaghem i anslutning till lasaretten. En del medicinska olägenheter skulle också på detta sätt kunna undgås.

Det är på tiden, att det kommer till ett nytänkande i denna fråga, och detta förslag har tillkommit för att försöka luxera loss den ur ett låst läge. Givetvis kan dessa åtgärder, i och för sig betydelsefulla, även kombineras med andra sådana, såsom reaktiveringskurser o. dyl.

*H. Hartelius*