

Den öppna vården av alkoholskadade och alkoholistdispensärens organisation

Av stadsläkaren med. dr *Bengt Lambert, Halmstad*

Samhället har ett mycket stort ansvar, när det gäller nykterhetsvården. På lång sikt är de förebyggande åtgärderna viktigast, men medan vi nu diskuterar de förebyggande åtgärderna får vi allt fler alkoholskadade, och vi måste därför organisera ett omhändertagande och en behandling av dessa på snabbaste och effektivaste sätt.

Den alkoholskadade är en sjuk människa, och vederbörande måste tas om hand som en sådan. Vid alkoholsjukdomen, som vid en rad andra sjukdomar, kan det ibland vara tillräckligt med sociala åtgärder, ibland är det nödvändigt och tillräckligt med medicinsk behandling, men ofta måste medicinska och sociala åtgärder tillsammans tillgripas för att ett önskvärt resultat skall uppnås.

Liksom vid andra sjukdomar måste för alkoholsjuka såväl öppen som slutna vård vara tillgänglig. Hittills har man främst lagt tonvikten på den slutna vården, men det har också talats och skrivits en hel del om inrättande av alkoholistkliniker, utbyggnad av den slutna psykiatriska vården för bl. a. alkoholsjukas behov, inrättande av mottagningar i anslutning till sjukhusen samt en upprustning av forskningsmöjligheterna. Allt detta är viktigt, men minst lika betydelsefullt är att den öppna vården snarast organiseras. *Det övervägande antalet alkoholskadade kan behandlas i öppen vård och praktiskt taget alla, som behandlas i slutna vård, behöver en eftervård i den öppna sjukvården.*

Som här framhållits behöver inte alla alkoholskadade medicinsk vård. Det kan ibland vara tillräckligt med ett tillrättaläggande genom nykterhetsnämndens försorg, ett omhändertagande i Länken, IOGT eller annan nykterhetsorganisation e. d.

I den allt mörkare bild, som alkoholen målat i vårt samhälle, är det dock en ljuspunkt, att

insikten om möjligheten att få medicinsk vård, och om behovet av sådan vård, ökat även hos den enskilde. Det blir allt vanligare att patienten själv eller hans anhöriga söker vård hos läkare eller att arbetskamrater eller arbetsgivare hör sig för om vårdmöjligheterna, när man vet att intresse för och tillfälle till sådan vård finns. Den utvecklingen är förstås mycket lycklig, men det måste också finnas möjlighet att ge sådan hjälp.

Nykterhetsvårdslagstiftningen har förutsett, att en patient bör kunna söka läkare och få vård för sin alkoholsjukdom utan att detta skall komma till myndigheternas kännedom. Lagen föreskriver, att en läkare skall kunna sköta en alkoholmissbrukare utan att anmäla fallet till nykterhetsnämnden om och så länge patienten följer läkarens föreskrifter. I samma anda bör den öppna alkoholistvården organiseras. Patienten skall vara övertygad om att läkaren behandlar honom under tystnadsplikt och att han är anonym på läkarmottagningen — precis som andra patienter.

Han registreras liksom andra patienter på ett sjukkort, som inte är tillgängligt för ovidkommande. Den alkoholsjuka har ofta en utpräglad rädsla för myndigheterna, alldeles speciellt för nykterhetsnämnderna, och han har ofta på grund av tidigare erfarenheter en tydlig aversion mot samhället. Det är bl. a. läkarens uppgift att försöka eliminera denna inställning. Den finns där dock ofta vid behandlingens början, och man måste ta hänsyn till detta som en psykologisk faktor.

Ur denna synpunkt är det inte alltid lämpligt att lägga en mottagning för alkoholskadade i anslutning till nykterhetsnämndens lokaler, inte heller att ha särskilda lokaler eller uteslutande särskilda mottagningstider för detta klientel. Dessa patienter bör så omärkligt som möjligt smälta samman med övriga patienter.

Statsanslag finns till 60 procent för mottagningar för alkoholskadade,¹ varvid man förutsätter att nykterhetsnämnd är huvudman för mottagningen. Detta förbehåll hindrar dock inte att mottagningen drives på det sätt, som här nämnts. Nykterhetsnämnden behöver ju inte ovillkorligen ha insyn i den rent medicinska verksamheten, därför att den svarar för den ekonomiska och tekniska sidan av verksamheten. Det vore för övrigt en fördel om även annan, t. ex. någon annan myndighet, kunde få statsanslag till alkoholistdispensär. Här är en ny sektor av den öppna vården, som enligt min mening skulle lämpa sig för landstingen.

I en storstad kan givetvis flera alternativ tänkas beträffande mottagningens typ. Här kan den vara en poliklinik i anslutning till den slutna sjukvården, lämpligen till en mottagning för psykiatriska fall, eller i anslutning till nykterhetsnämnden. I en storstad finns ju i allmänhet möjlighet för patienten att söka annan hjälp, hos praktiserande läkare eller på annat sätt. I mindre städer och på landsbygden finns emellertid också ett stort behov av alkoholistvård, och där finns i regel inget alternativ. Det är dessa sistnämnda samhällen jag har i åtanke, då jag föreslår den organisationsform, som nedan följer.

För vården på lång sikt bör mottagningen för alkoholskadade ärva såväl namnet dispensär som själva organisationsformen från tuberkulovården. För akuta fall måste den emellertid organiseras så att den kan arbeta som en olycksfallspoliklinik. I allmänhet måste man räkna med att tjänsteläkarna i den öppna vården, stads- och provinsialläkare, är dispensärläkare. I ett större samhälle finns måhända någon annan läkare, t. ex. en praktiserande läkare, som åtar sig uppgiften. I andra fall kan det vara en tjänsteläkare i den slutna vården, t. ex. en lasarettsläkare vid ett normallasarett, som är mest lämpad och intresserad av uppgiften. Organisationen får modifieras efter rådande förhållanden. Här synes mig vara en

mycket lämplig uppgift för praktiserande läkare, som därigenom kan avlasta de av arbetsuppgifter hårt ansträngda tjänsteläkarna i den öppna vården.

Eftersom läkarnas arbetskraft redan tidigare är starkt tagen i anspråk, måste de ha effektiv assistens i sitt arbete. Denna assistens bör i första hand ges av sjuksköterskor. I större samhällen bör särskilda sjuksköterskor anställas för ändamålet, i andra fall kan distriktssköterskorna tas i anspråk. Även med vetskap om den stora arbetsbördan för läkarna och med all hänsyn till denna, bör svårigheterna trots allt inte överdrivas. Alkoholistvården är viktigare än mycket annat, som vi läkare ägnar tid och krafter, och finns bara kunskapen och intresset, så hinner man säkert med även dessa trängande uppgifter.

I fall, där nykterhetsvårdande myndigheter från början är inkopplade eller måste inkopplas, kan dessa assistera med social utredning och sanering.

Enligt min mening vore det synnerligen lyckligt, om landstingen åtog sig huvudmannaskapet för denna del av den öppna vården. Det kan ske genom att landstinget ger anslag med 40 procent av kostnaderna för dispensärens drift, såsom skett i Hallands län. Länsnykterhetsnämnden kan vara landstinget behjälplig, och den lokala nykterhetsnämndens huvudmannaskap kan vara av mera formell art. Ett sådant arrangemang vore förmodligen lyckligt vid öppnandet av poliklinikerna (dispensärerna) eftersom de hjälpsökande då skulle få en starkare känsla av att den lokala nämnden ej direkt ingriper i vården.

En annan uppgift för landsting och länsnykterhetsnämnd är att inom landstingsområdet inrätta en central remissinstans, som lämpligen kunde kallas *centraldispensär för alkoholskadade*. Denna bör till skillnad från vad som i allmänhet blir fallet med de lokala eller om man så vill distriktsdispensärerna skötas av specialister på alkoholistvård, t. ex. psykiatriker, och vara en remissinstans inom den öppna vården. Den kan med fördel anordnas i särskild lokal eller möjligen anslutas till den slutna vården som en öppen mottagning vid denna.

¹ Hallands läns landsting har anslagit resterande 40 % till primärkommun, som anordnar alkoholistdispensär eller -poliklinik.

Alkoholistdispensärens organisation och arbetssätt

När jag här föreslår hur en alkoholistdispensär skall organiseras utgår jag från att det rör sig om en mindre stad eller ett större landsbygdssamhälle. I tillämpliga delar torde dock organisationen lämpa sig väl även för större städer och landsbygdens provinsialläkaredistrikt. Som jag senare kommer att påpeka, när jag behandlar dispensärens arbetssätt, måste verksamheten kunna bedrivas både som en dispensärverksamhet med behandling av alkoholskadade patienter, som varit sjuka tio år och mera, där behandlingen sträcker sig över ungefär tre år eller mera, och som en olycksfalls-poliklinik, som vilken tid som helst på dygnet kan taga om hand en akut alkoholförgiftning. Det låter emellertid svårare än det är i verkligheten.

Personal:

En läkare, t. ex. tjänsteläkare i den öppna vården, stads- eller provinsialläkare, eller praktiserande läkare eller möjligen tjänsteläkare i den slutna vården, alltså någon lämplig lasarettsläkare. I samhällen, där flera läkare är verksamma och där jourtjänst är ordnad, bör samtliga läkare vara informerade om dispensärens arbetssätt och uppmanas att ställa sig till förfogande för medicinsk behandling av akut alkoholförgiftade — i varje fall under jourtjänst.

Sjuksköterska. Som tidigare nämnts är det av största vikt, att vården av alkoholskadade redan från början organiseras på ett sådant sätt, att läkaren så lite som möjligt besväras med rutinarbete. Av vikt är därför att främst sjuksköterskepersonal och om så är erforderligt skrivpersonal ställas till förfogande. I samhällen, där flera distriktssköterskor finns, bör alla dessa liksom vid andra sjukdomar deltaga i vården, men det kan vara lämpligt att utse och utbilda en särskilt lämplig sjuksköterska för huvudsakligen denna uppgift. I större samhällen kan det vara lämpligt att ha en särskild sköterska för uteslutande denna uppgift och endast låta distriktssköterskorna deltaga i behandling av akuta fall i samband med jourtjänst. Naturligtvis inverkar detta på anonymi-

teten i samband med behandlingen, då det snart blir känt att ifrågavarande sköterska endast arbetar inom alkoholistvården, men detta torde inte vara någon större olägenhet.

Skrivpersonal. Det är av vikt att man här från början undviker de brister, som sedan länge vidlåtit den öppna vården, och ställer skrivpersonal, där så är erforderligt, till läkarens förfogande. I allmänhet torde det vara lämpligt med deltidsanställd personal för detta ändamål.

Lokal:

Den lämpligaste lokalen är dispensärläkarens vanliga mottagningslokal. Där bevaras anonymiteten vid besöken på ett helt annat sätt än om man har en särskild mottagningslokal för detta klientel. Särskilt olämpligt är det att ha mottagningslokalen i anslutning till nykterhetsnämndens lokaler. En fördel är också att alkoholskadade, som söker läkaren på andra tider än alkoholistdispensärens ordinarie mottagningstider, av honom lättare kan införas i dispensärens register.

Utrustning:

Någon ytterligare utrustning utöver den, som finns på en läkarmottagning är inte erforderlig. Ett kartotek måste läggas upp över patienterna, ett skåp för detta och handlingar anskaffas. En skrivmaskin, diktafon eller bandinspelare måste finnas.

Mottagningstider:

Det är utan tvekan en viss svårighet att bestämma mottagningstiderna. Många av patienterna är i arbete och har svårt att komma för behandling annat än tidigt på morgnarna eller på kvällarna. Det är betydelsefullt, att man inte stör deras arbetsrytm, när man väl fått dem i ordnat arbete. Någon kvällsmottagning i veckan är nödvändig liksom också någon tidig morgonmottagning. Vid behandling med injektioner eller antabus bör distriktssköterskorna kunna alternera med kvällsmottagningar. För längre samtal med den alkoholskadade eller någon annan, t. ex. hustrun, en kontaktman eller övervakare, bör särskild tid bestämmas för varje särskilt fall.

För detta klientel är det av allra största vikt, att patienten för varje gång får en fixerad tid för återbesök. Om patienten inte inställer sig, kan man inte göra som man i allmänhet gör på mottagningen, låta detta vara patientens ensak, utan man måste söka kontakt med honom. Detta är i allmänhet omöjligt att göra för läkaren, utan det blir en viktig uppgift för dispensärens sjuksköterska att kontrollera återbesöken och uppsöka dem som uteblivit. Sådan kontakt bör sökas omgående, eftersom anledningen inte sällan är ett recidiv, som då måste avbrytas så snart som möjligt.

Kostnader:

Kostnaderna för läkare bör fastställas i varje enskilt fall, beroende på vilken anställningsform (stats- eller kommunalanställd eller privatpraktiserande) den i anspråk tagne läkaren förut har. Om man tager i anspråk en befintlig läkaremottagning bör viss ersättning utgå för ianspråktagande av lokalerna, såsom sker vid hos privatpraktiserande läkare driven köns- poliklinik. Likaså kan man tänka sig en ersättning per mottagning såsom sker ifråga om tuberkulosdispensärer. Helt generellt bör också sjukkassexatan utnyttjas för ersättning för konsultationerna. För obemedlade patienter kan nykterhetsnämnden eller kanske bättre socialvården svara för mellanskillnaden mellan arvodet till läkaren och den till patienten från sjukkassan återbetalda delen av arvodet. I varje fall blir detta sätt att driva mottagningsverksamheten i allmänhet betydligt billigare än som man genomfört och planerat på en del håll, nämligen att inreda särskild lokal och anställa särskild läkare för ändamålet. Det kan i varje fall bara komma ifråga på större orter.

Den största utgiftsposten torde bli lön till dispensärsköterskan i de fall särskild sådan anställes. Ersättning för obekväm arbetstid och jourtjänst kommer ifråga. Man kan här utgå från distriktssköterskornas löneförhållanden, om det gäller heltidsanställning, och i övrigt från den taxa som finns för sjuksköterskor, om det gäller halvtidsarbete eller arbete fördelat på enstaka timmar. I samhällen där man vill effektivisera och modernisera vården av alkoholskadade så som det här framställles, men

önskar fördela arbetet även inom alkoholistvården mellan samtliga anställda sköterskor, och anser behov då föreligga av ytterligare en sjuksköterska, kan jag ej finna att hinder föreligger för utnyttjande av stats- och eventuellt landstingsanslag för alkoholistvård till ytterligare en sjuksköterskelön, ehuru arbetet är fördelat mellan samtliga sköterskor.

Kostnader för expenser, eventuellt läkarsekreterare eller skrivbiträde, och läkemedel, torde hålla sig inom mycket måttlig ram. För detta bör även statsanslaget kunna disponeras.

Utöver driftskostnaderna, som här redogjorts för, måste nämnas de synnerligen måttliga engångskostnaderna för ovan nämnd utrustning, för vilken stats- och landstingsanslag bör kunna utnyttjas.

Arbetsätt:

Patienter kan komma till dispensären genom att direkt söka dispensärens läkare på för alkoholskadade avsedd mottagningstid eller på annan tid. De kan också sändas till läkaren av polismyndighet eller nykterhetsnämnd, eller också kan en anhörig, arbetsgivare eller arbetskamrat söka råd för en person. Alla införs i dispensärens kartotek och lämplig behandling inledes.

Jag skall här endast i korthet gå in närmare på denna behandling. Den måste dels omfatta behandling av akuta fall, akut alkoholintoxikation, som ofta är en akut förgiftning hos en kroniskt alkoholskadad person, dels vara en behandling på längre sikt med noggrann anamnes, analys av hem-, arbets- och fritidsmiljö med åtgärder för sanering vid behov. En noggrann kroppsundersökning måste ingå i undersökningen. Samtal med hustrun och andra anhöriga hör till rutinen utom naturligtvis i de fall, där patienten själv söker läkare och motsätter sig alia kontakter med andra än honom själv. En sådan attityd försvårar undersökningen och försämrar i allmänhet resultatet, men det är naturligtvis bättre än att patienten inte kommer under behandling alls. I många fall måste kontakt sökas med nykterhetsnämnd och socialvårdsmyndigheter av olika slag. Hembesök är av stor vikt. Här kan särskilt utbildade sjuksköterskor vara till utomordentligt stor

nytt. Detta är för övrigt ett verksamhetsområde för vid nykterhetsnämnden anställd socialvårdspersonal.

Som jag tidigare framhållit måste tillgång finnas till personal, som kan ta hand om patienterna i det akuta stadiet med administrering av lämpliga läkemedel, ev. injektion av B₆-vitamin, i varje fall rogivande medel, i första hand lergigan eller liknande preparat, enligt min mening företrädesvis i form av intravenös injektion. Denna behandling kan ges av dispensärens läkare i första hand, i andra hand av dispensärsköterskan, om särskild sådan finnes, i annat fall av jourhavande läkare eller distriktssköterska. I sistnämnda fall måste givetvis denna vårdform ha blivit känd av ifrågasvarande personal genom lämplig information.

Enligt min erfarenhet kan patienten även i det akuta stadiet efter en sådan behandling, t. ex. en intravenös lergiganinjektion, vårdas i hemmet. I många fall är detta emellertid ej lämpligt, eftersom familjemedlemmarna i övrigt behöver den vila, som den berusades bortovaro från hemmet innebär. *Det är därför av stor betydelse, att enklare, halvöppna vårdplatser finns, t. ex. i form av ett vårdhem, övergångshem eller inackorderingshem.* Detta kan organiseras och drivas av nykterhetsnämnd, av föreningen Länken eller av någon nykterhetsorganisation. *Här har nykterhetsnämnderna utan tvekan en mycket viktig uppgift.* Genom eget initiativ och egen verksamhet eller stöd åt andra kan nämnden här göra en verklig insats för vården av alkoholskadade. I många kommuner framstår detta som den vid sidan av det förebyggande arbetet viktigaste arbetsuppgiften för nykterhetsnämnden. Denna organisation, som närmast kan betecknas som *halvöppen vård*, bör vara synnerligen smidigt organiserad, så att man dels där kan vårda en akut alkoholförgiftad patient för några timmar eller någon dag, dels där för en längre tid taga hand om en alkoholskadad person, som av sociala eller andra skäl ej lämpligen bör vistas i sin vanliga miljö men som t. ex. kan arbeta om dagarna. I de fall, då en kommun inte ensam har dessa resurser, kan flera landsbygdskommuner slå sig ihop om ett sådant hem för halvöppen vård.

I en del fall, då möjligheter till halvöppen vård ej finns och naturligtvis även om den finns, behöver man remittera patienten till en medicinsk avdelning på ett sjukhus eller annan slutenvård. I andra fall kan det bli nödvändigt att vårda honom i hemmet, vilket också mycket väl är möjligt med en god organisation av den öppna vården, så som den här beskrivits. I de fall, då patienten är intagen på polisstation, är det bäst om han kan överföras till vårdhem eller till sitt eget hem och där få den behandling, som ovan beskrivits. I annat fall kan han få behandlingen på polisstationen — alltså i brist på annan och bättre vårdform — och sova ut där efter att ha fått rogivande medel av läkare eller sjuksköterska. Huvudsaken är att han efter denna första kontakt nästa dag kommer till alkoholistdispensären och att man alltså ersätter eller kompletterar nuvarande disciplinär behandling med medicinsk behandling.

Behandlingen på alkoholistdispensären måste i de flesta fall beräknas pågå i flera år och patienten bör ej släppas ur sikte förrän efter en recidivfrihet på ungefär tre år. I de allra flesta fall måste nämligen risken för recidiv bedömas vara stor inom denna tidsperiod. I själva verket måste risken för recidiv anses vara stor under hela återstoden av livet för en patient, som varit allvarligt alkoholskadad, men den som helt undvikit alkohol under tre år och alltså kan bedömas som tillfrisknad bör avregistreras från dispensären.

Det får givetvis ankomma på dispensärläkaren, att i det enskilda fallet avgöra, om patienten skall remitteras till medicinsk avdelning på sjukhus eller till psykiatrisk behandling eller någon annan vårdform. Viktigt är emellertid, att patienten omedelbart efter utskrivningen från slutenvård, av vilken typ denna än må vara, kommer till eftervård på alkoholistdispensären. I själva verket är *eftervården* en av alkoholistdispensärens viktigaste uppgifter. Denna är ju också nu mycket försummad. En person, som varit någorlunda skotsam, slipper ofta från sin övervakare efter tre månader, en tid som efter medicinska synpunkter på problemet är alldeles för kort.

Med här föreslagen organisation och arbets-

sätt torde en alkoholistdispensär kunna i öppen vård sköta det alldeles övervägande antalet alkoholskadade. Som jag ovan framhållit behöver nämligen de allra flesta alkoholskadade endast öppen vård. *Det är också synnerligen betydelsefullt, att de snarast kommer in i en ordnad arbetsrytm.* Detta är betydelsefullt ur medicinsk synpunkt, eftersom arbetet verkar som arbetsterapi, ur social synpunkt och ur ekonomisk synpunkt för patienten, vars ekonomi ofta är mycket dålig.

Läkarvalet bör vara fritt även för alkoholskadade såsom vi eftersträvar det för de flesta sjukdomsfall. Om en läkare, som inte förestår alkoholistdispensären, behandlar en alkoholskadad, bör han emellertid i ett samhälle där sådan dispensär finns, meddela detta till dispensären. Patienten registreras i dispensärens kartotek och kontakt sökes med vissa mellanrum med den behandlande läkaren för att få en uppfattning om behandlingens fortskridande. Naturligtvis är ett sådant tillvägagångssätt beroende på en överenskommelse mellan alkoholistdispensärens läkare och övriga läkare, men den borde hälsas med tillfredsställelse av läkarna, eftersom den underlättar deras möjligheter att kontrollera behandlingen och följa patienten. Den åstadkommer också att läkaren inte behöver anmäla fallet till nykterhetsnämnden, om behandlingen avbrytes av patienten, utan denna vård kan i så fall övertagas av dispensären. Likaså torde dispensärens sköterska kunna stå till samtliga läkares förfogande för hembesök, vissa behandlingar m. m.

Man kan nu slutligen fråga sig, om läkarna i den öppna vården anser sig ha tid och kraft att ägna sig även åt denna vårdform. Jag tror att så är fallet, om de får erforderlig information i frågan, hjälp med organisationen samt får utbildade medhjälpare, främst sjuksköterskor. Frågan om *utbildningen* är viktig. Många av de nu verksamma läkarna har inte fått någon utbildning i alkoholsjukdomens orsaker, sjukdomsbild och behandling. Emellertid har mycket publicerats de senaste åren — utvecklingen har här gått mycket snabbt — och läkarna har haft tillfälle att följa utvecklingen i facktidskrifterna, vilket säkert också

många läkare gjort. Läkarna ute i samhället, särskilt tjänsteläkarna i den öppna vården, är heller inte främmande för socialmedicinen på andra områden. Till att börja med borde därför kortare informationer kunna vara tillräckliga på detta område för intresserade läkare. Centralförbundet för nykterhetsundervisning har i några län haft sådana informationsmöten i samarbete med länets läkarförening. Vecko-slutskurser och efterutbildningskurser på ungefär en vecka kan också tänkas. I de s. k. fortbildningskurserna för tjänsteläkarna bör vården av alkoholskadade ges större utrymme.

Jag skall här nedan söka ge en uppfattning om vad en information i detta avseende för läkarna bör omfatta.

En mera fullständig information bör innefatta följande:

1. Alkoholen som gift och dess verkningar i organismen. Grundforskningen på området. Härtill bör anslås 2—4 tim. och som föreläsare förvärfvas en grundforskare på området.
2. Alkoholsjukdomens genes och den alkoholskadades psykopatologiska tillstånd. Här bör två olika föreläsare få belysa ämnet, dels en forskare inom psykiatrien, dels en sjukhusläkare vid sinnessjukhus med erfarenhet av behandling av alkoholskadade. 4—6 tim. bör anslås.
3. Familjeforskning, gruppterapi m. m. Föreläsare: en forskare på området med även praktisk erfarenhet. 2—3 tim. bör anslås.
4. Alkoholskadades vård på medicinsk avdelning. En sjukhusläkare på medicinsk avdelning, 1 tim.
5. Alkoholsjukdomen i den öppna vården. Lämplig läkare i den öppna vården med erfarenhet av sådan vård, ev. socialläkare med erfarenhet av arbete på fältet i provinsialläkaredistrikt eller som stadsläkare i mindre stad. 4—6 tim.
6. Organisation av en alkoholistdispensär i den öppna vården av en lämplig läkare med erfarenhet av sådan vård, 1—2 tim.
7. Nykterhetsvården. Någon tjänsteman från Socialstyrelsen eller någon nykterhetsnämnd, 1—2 tim.

8. De lokala nykterhetsnämndernas verksamhet. Tjänsteman från läns- eller lokal nykterhetsnämnd, 1—2 tim.

Som synes erfordras 16—26 tim., alltså en veckosluts- eller tredagarskurs. För en kortare information vid ett sammanträde i en läkareförening kan man utesluta punkterna 1, 4, 7 och 8, slå ihop 2—3 till en timmes föreläsning av en psykiater och 5—6 till en föreläsning.

För *sjuksköterskorna* bör landstingen i samarbete med sjuksköterskornas organisationer och ev. sjuksköterskeskolorna anordna *kurser*, t. ex. i form av undervisning under några dagar upp till en vecka i såväl teoretiska som

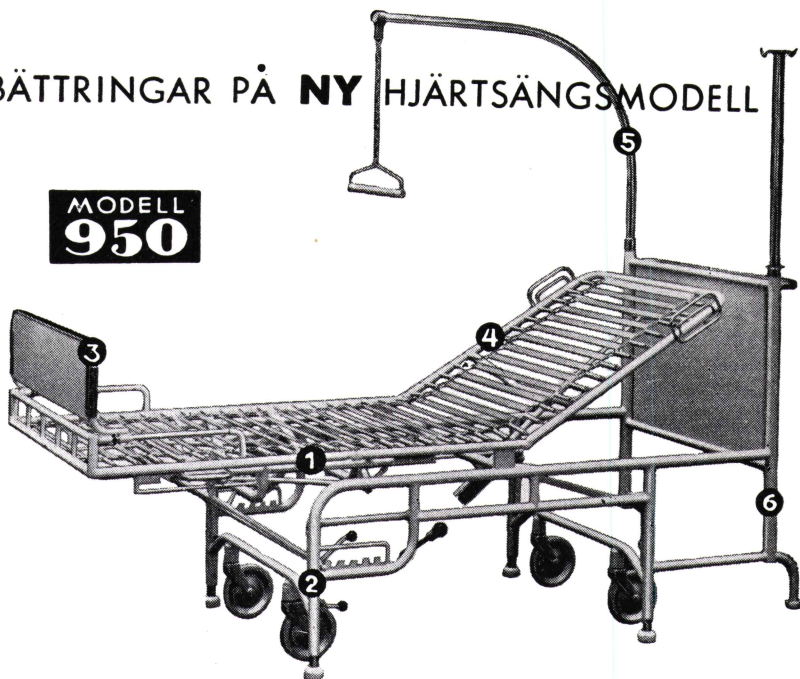
praktiska frågor i nykterhetsvård och modern medicinsk behandling av alkoholskadade.

Slutligen vill jag påpeka, att denna medicinska vårdform torde vara den enda framkomliga för en ändamålsenlig lösning av frågan om vården av alkoholskadade personer. Vi kommer aldrig ifrån, att vården av dessa patienter är till alldeles övervägande del en fråga om *öppen vård* och att i varje fall den medicinska eftervården måste lösas på ett ändamålsenligt sätt. Denna organisation blir samtidigt den *mest effektiva* och den utan gensägelse i förhållande till slutna vård *billigaste vårdformen*.

6

STORA FÖRBÄTTRINGAR PÅ NY HJÄRTSÄNGSMODELL

MODELL
950



Längre bottenram ger idealisk botten-
delning.

Ny lättmanövrerad hjulanordning med
riktningsspärr.

Omställning till stolsläge från vilken
sida av sängen som helst. Skjutbar
fotgavel ger alltid gott stöd.

Längre och bekvämare ryggstöd. Hand-
tag på ryggstödet gör omställ-
ningen lätt och eliminerar all kläm-
ningsrisk vid omställning.

Längre lyftbåge. Svängd form, som
bättre motstår påfrestningar.

Bättre lackeringsskydd. Madrasstöden,
bågen bakom huvudgaveln och fot-
gavelns skenor är förnicklade.

Utförligare beskrivning av modell 950
finns i Sängfabrikens broschyr 105 D
som vi gärna sänder på begäran.

A.B. SÄNGFABRIKEN

Norrlandsgatan 16 - Tel 231795
STOCKHOLM C



Modellen är skyddad av ett flertal patent.