

Vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri – samordningsbehov och samordningsmöjligheter

En vuxenpsykiaters synpunkter

Claes-Göran Westrin

Motiv och möjligheter för en närmare samverkan mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri granskas i nedanstående artikel. Erfarenheter och handlingsprogram från en organisatorisk och praktisk samverkan inom psykiatrisk vård i Skaraborgs län redovisas.

Artikelförfattaren är blockchef för psykiatrisk vård i Skaraborgs län.

Denna artikel skall behandla följande frågor gällande behov och möjligheter till samordning mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri

- gemensamma problemområden
- tänkbara samordningsaspekter
- konkreta exempel på försök till samordning
- tänkbara fördelar och nackdelar av en ökad samordning
- utvecklingsarbete

Gemensamma problemområden

Överlappande åldersgrupper. När det gäller åldersgrupperna 15–20 år är gränserna mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri ansvar och arbetsuppgifter helt flytande. Beträffande ansvarsfördelningen finns veterligen inga fasta principer. Beträffande den faktiska arbetsfördelningen är tillgängliga uppgifter ganska suddiga. Det finns i socialstyrelsens officiella statistik inte ens jämförbara åldersindelningar och än mer

Inledningsföredrag vid årsmötet med Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri i Linköping 26 sept. 1975.

svårgripbart blir det, när man kommer ner på lokal och mer tillfällig statistik.

De mest jämförbara siffror jag funnit kan hämtas ur socialstyrelsens statistik för slutenvård (*tabell 1*). I den statistiken finner man en naturlig och total dominans för barnpsykiatri för åldrarna under 14 år. I åldrarna 15–17 år står barnpsykiatri för 2/3 av vården, medan vuxenpsykiatri dominerar från 18-årsgränsen.

Tabell 1. Överlappande åldersgrupper för barn- och ungdomspsykiatrisk och vuxenpsykiatrisk vård.

Uppgifter från socialstyrelsens statistik för slutenvård 1968.

Intagningar till slutenvård 1968	Barn- och ungdomspsykiatri	Vuxenpsykiatri
Åldersgrupper:		
0–14	2 374	41
15–17	1 253	668
18–19		1 339
18–21	339	
20–24		6 290

Det familjeterapeutiska perspektivet. Det familjeterapeutiska perspektivet har aktualiserats relativt sent, men i gengäld blivit föremål för ett intresse som ökat lavinartat, först inom barn- och ungdomspsykiatri men anmärkningsvärt snabbt också inom vuxenpsykiatri öppen vård. I likhet med vad som gällt för många andra terapeutiska modeller finns här ett inslag av pionjärentusiasm och det är väl länge än oklart hur stor omfattning det familjeterapeutiska arbetet kommer att få, när erfarenheterna därav etablerats. Man torde dock med viss säkerhet kunna anta att det är ett arbets-

sätt, som i icke ringa utsträckning kommer att prägla socialt och psykiatriskt behandlingsarbete i framtiden.

Sjukdomspanoramat. Ett annat gemensamt förhållande är att vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri ställts inför likartade problemställningar, antingen man identifierar problemen i termer av klassiska psykiatriska diagnoser eller i mer dynamiska eller socialpsykologiska referenssystem. En annan tabell från socialstyrelsens officiella diagnosstatistik visar hur praktiskt taget alla diagnosgrupper är representerade vid såväl intagningarna till barn- och ungdomspsykiatri som till vuxenpsykiatri (tabell 2). Vi kan stå mer eller mindre tveksamma inför validiteten och reliabiliteten i dessa diagnoser. Vi kan också vara medvetna om att de kan ha något olika betydelse inom respektive verksamhetsområde. Det är likväl av intresse att notera de många gemensamma dragen i problembeskrivningen.

Tabell 2. Sjukdomspanoramat — intagningar till sluten psykiatrisk vård i Sverige 1968.

Ur socialstyrelsens officiella statistik		
Diagnos	Intagningar till:	
	Barn- och ungdoms-psyk klin N = 3 971	Vuxenpsyk. klin. N = 71 503
Schizofreni	2,5 %	9,3 %
Affektiva psykoser	1,6	3,5
Övriga psykoser (exkl. alkoholism)	3,8	5,8
Psykoneuroser	26,3	32,7
Patologisk personlighetstyp	7,6	16,0
Habitus abnormis infantum	32,7	1,7
Mental defekt	5,5	3,2
Alkoholism	0,6	4,0
Övriga diagnoser	16,4	20,8
Uppgift saknas	2,0	3,0
	100 %	100 %

Vårdmetoder och vårdorganisation. Sammanhängande med nu nämnda gemensamma faktorer uppstår en rad gemensamma problem när det gäl-

ler vårdmetoder, vårdorganisation och vårdresurser. Det innebär behov av avvägningar beträffande budget, möjlighet att samutnyttja olika resurser etc. Dessa frågor skall i fortsättningen granskas närmare.

Möjligheter till samordning

Nu nämnda problemområden är gemensamma angelägenheter inte enbart för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Det finns en rad motsvarande samordningsfrågor gentemot andra verksamhetsområden både inom och utom sjukvården.

Det gemensamma fältet för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri är likväl så pass stort att det kan finnas skäl att överväga en bättre samordning mellan dessa båda verksamhetsområden.

En sådan samordning kan bli aktuell vad beträffar främst utbildningen och vårdorganisationen.

Utbildningen. En samordning beträffande utbildningen kan avse olika personalkategorier: sjuksköterskor, läkare, psykologer, socionomer m fl. Följande överväganden begränsar sig emellertid till läkarutbildningen, som är den hittills bäst strukturerade, när det gäller klinisk anknytning och specialisering.

När det gäller läkarutbildningen kan en samordning vara aktuell i följande avseenden

- under de första 5 1/2 åren
- under AT-tjänstgöringen (de första två underläkaråren)
- under den praktiskt-kliniska specialistutbildningen (FV-blocktjänstgöringen)
- under systematiska kurser i specialistutbildningen (NLV-kurser)
- i efterutbildning och fortbildning.

Den stora frågan när det gäller utbildningen under de första 5 1/2 åren är om behovet av samordning med pediatriken är så stort att kursen i barn- och ungdomspsykiatri skall äga rum under pediatrikkursen. Eller om det är att föredraga att samordna kursen i vuxenpsykiatri och kursen i barn- och ungdomspsykiatri, kompletterad med samundervisning vad gäller pediatriken.

Alla läkare skall för närvarande fullgöra tre

månaders *AT-tjänstgöring* alternativt inom vuxenpsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri. Här finns ett uppenbart och starkt behov av samordning. Detta gäller dels en samordning av utbildningsmålen för att grundlägga vissa psykiatriska färdigheter hos alla läkare, dels möjligheten att använda *AT-tjänstgöringen* som en rekryteringsmässig inkörspport till psykiatrin. Få har orkat ta ett riktigt systematiskt grepp om dessa problem. Det ögonblicket är nog inte långt borta, då man tvingas till bättre insatser efter krav från de unga läkarna. Då måste det finnas en gemensam målsättning för barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. Sannolikt behövs också gemensamma insatser när det gäller att förmedla grundläggande kunskaper. Man måste tänka sig att barn- och ungdomspsykiatriska och vuxenpsykiatriska kliniker inom samma landstingsområde samordnar viss systematisk utbildning av *AT-tjänstgörande* när det gäller att skriva vårdintyg, förmedla familjeterapeutiska perspektiv etc.

Går vi vidare till praktiskt-kliniska tjänstgöringen under de s k *FV-blocken* kommer motsvarande frågor. Hur skall man få utrymme för barn- och ungdomspsykiatrisk utbildning för vuxenpsykiatrerna och vice versa? Åter andra frågor är möjligheterna till en samordnad systematisk internutbildning under *FV-blockstiden* enligt den modell som introducerats av Jan-Otto Ottosson. (2).

De *systematiska kurserna i specialistutbildningen* (NLV-kurserna) har relativt nyligen kunnat planeras från ett noll-läge. Det kan förklara att detta är ett område, där man möter den mest genomförda samordningen. Av sex kurser för vuxenpsykiatrisk specialitet kan valfritt två kurser tagas från det barn- och ungdomspsykiatriska programmet och av barn- och ungdomspsykiaternas sex kurser kan tre valfritt tagas från det vuxenpsykiatriska programmet.

Beträffande *samordningen av efterutbildning och fortbildning* kan påminnas om att 1970-talet utropats som efterutbildningens årtionde. Det innebär att detta är ett område, där man just nu har den största chansen att åstadkomma en samordning.

Vårdorganisationen. När det gäller sjukvårdsorganisationen kan bland annat följande samordningsfrågor övervägas

- gemensam blockorganisation
- samjour
- gemensamt utnyttjande av institutionella vårdresurser (sluten vård eller halvöppna vårdresurser såsom dagvård eller behandlingshem)
- samordning av arbetet i den öppna vården endera genom gemensamma resurser t ex s k blandade team eller genom olika samarbetsformer, konferenser för att fördela remisser och anmälda fall och/eller gemensamma behandlingskollegier
- gemensamma vårdprogram och samordning av gemensamma specialiserade resurser.

I fortsättningen skall några konkreta exempel på en sådan vårdorganisatorisk samordning presenteras.

Konkreta exempel på samordning

Exemplen är tagna från mitt eget arbetsfält, den psykiatriska vården i Skaraborgs län och det återges översiktligt i *tabell 3*.

Det är en samordning som vuxit fram på främst tre förutsättningar: arbetet i socialstyrelsens expertgrupper (3), blockorganisationen i Skaraborgs län samt förekomsten av en vital barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i länet, som fått särskild betydelse i ett läge då vuxenpsykiatrin omstrukturerats i riktning mot öppen vård, familjeterapeutiska aspekter och mer psykosocialt arbetsätt (4, 5).

Den översiktliga sammanställningen kan behöva kommenteras främst vad gäller utvecklingen av gemensamma resurser.

När det gällt sluten vård var utgångsläget inför starten av vårt centrallasarett, kärnsjukhuset i Skövde (KSS), en planerad barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning på 14 platser (7 för barn och 7 för ungdomar) samt en vuxenpsykiatrisk klinik på 58 platser, fördelade på 10 "intensivvårds"-platser och tre allvårdsavdelningar om 16 platser vardera. Till detta kommer dagvårdsresurser och del i sjukhusets gemensamma övernattningsavdelning. Dessa planer fastställdes under år 1968—

Tabell 3. Konkreta exempel på samarbete barn- och ungdomspsykiatri (BUP) — vuxenpsykiatri i Skaraborgs län

Samarbetsområde:	Innebär:	Samarbetsform:	Erfarenheter:
Blockorganisationen	Samarbete beträffande: • väsentliga driftfrågor • väsentliga utbildningsfrågor • budgetarbete • utvecklingsarbete	Centralt blocksamråd Klinikchefsmöte Projektgrupper Kontinuerligt informellt samråd blockledn. — klinikledn./arbetsplatsgrupper BUP	Pågår sedan 2 år
Samjour	Öppenvårds- + slutenvårdsjour 17.00—08.00 + helger (psyk. klin. + BUP-klin. KSS)	Primärjour	Planeras fr. o. m. våren 1976
Behandlingskollegier och gemensamma behandlingsinsatser	Gemensam fördelning nyanmällda fall öppen vård, Skövde kommun; behandlingskollegier; ko-terapi personal vuxenpsyk. — BUP — patienter Skövde kommun	Försöksverksamhet	Pågår sedan ca 1 år
Gemensamma vårdprogram	Etablerade av sub-spec. verksamhet gemensam för blocket t. ex. • krisbehandlingsteam • hypnoterapi	Försöksverksamhet	Planeras fr. o. m. 1976
Gemensamma resurser	Sluten neurosvård, Skövde kommun ("Psykos"-vård, Falbygds-klinikerna) Sluten korttidsvård, KSS	Försöksverksamhet Provisorium (?) Försöksverksamhet	Pågår sedan ca 2 år Pågår sedan flertal år Planeras fr. o. m. 1976
	Dagvård i Lidköping	"	"
	Blandade team i öppen och halvöppen vård med början i Lidköping	"	"
	Nattbehandlingshem?	"	Diskussionsstadiet
Utbildning	Gemensam planering	Centralt blocksamråd, Referensgrupp för utbildningsfrågor	Pågår sedan ca 1 år
	Gemensamma utbildningsaktiviteter: • tvåårig gruppterapi • internat psykiatriskt teamarbete • utbildning i familjeterapi • studiedagar i diverse ämnen • fortlöpande seminarier (vidareutbildning/specialist) • internutbildning vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, verksamhet i Skövde kommun		Pågår sedan 1—2 år

1971 men har förändrats av flera orsaker, främst att utvecklingen inom barn- och ungdomspsykiatrin inneburit en snabb och radikal utveckling från slutenvårds-verksamhet därhän att man på senare år inte ens fullt utnyttjat de fem—sju platser som hittills stått till buds, och detta utan någon påtaglig övervältring på regionvården.

Vårdplaneringen för inflyttningen våren 1976 innebär i stora drag att barn- och ungdomspsykiatrin utnyttjar sina lokaler i första hand till dagvård. Behovet av dygnet-runt-vård antas bli tillgodosett genom s k nattbehandlingshem — en vidareutveckling av de kvalificerade familjehem av den typ som etablerats bl a på Gotland — dels genom inläggningsmöjligheter främst på den psykiatriska intensivvårdsavdelningen.

När det gäller halvöppen vård planeras möjligheterna att samutnyttja vissa dagavdelningar, delvis som ett led i tanken på att bygga ut ett brett spektrum av differentierade dagvårdsresurser i länet.

När det gäller öppen vård finns planer på ett s k blandat team i första hand i Lidköping, där en vuxenpsykiater ska komplettera ett barn- och ungdomspsykiatriskt team och där alltså vuxenpsykiater och barn- och ungdomspsykiater samarbetar med samma kuratorer och psykologer och replierar på samma kansliresurser. En motsvarande utbyggnad planeras på övriga vårdcentraler, där man skall ha öppen psykiatrisk vård. På längre sikt och med bättre tillgång till kvalificerad personal förutsättes dessa blandade team kunna vidareutvecklas till en samverkan mellan fullständiga vuxenpsykiatriska respektive barn- och ungdomspsykiatriska team.

Fördelar och nackdelar med samordning

De hittillsvarande praktiska erfarenheterna av samordningen har i huvudsak varit goda, omvittnat från både vuxenpsykiatriskt och barn- och ungdomspsykiatriskt håll. Det är mot den bakgrunden vi planerar att fortsätta och utveckla samarbetet.

Det finns dock uppenbart både fördelar och risker med samordning och jag skall försöka överväga dessa från tre aspekter: ideologiska, metod-

mässiga och administrativa.

De mest omedelbara *ideologiska* fördelarna kan ligga i att vuxenpsykiatrin får en snabbare och mer omedelbar tillgång till den erfarenhet och entusiasm för ett familjeterapeutiskt och mer psykodynamiskt arbetssätt som finns inom barn- och ungdomspsykiatrin och som framför allt kan vara fruktbar för den stora, tunga institutionsbundna psykiatriska vården.

Men i dessa ideologiska fördelar ligger också risker, främst för en skärpning av sterila strider mellan olika skolor inom psykiatrin. Om vuxenpsykiatrin i stor utsträckning tenderat till alltför ensidiga medicinska modeller har barn- och ungdomspsykiatrin på sina håll kunnat färgas av tidens psykosociala väckelserörelser, präglade av en idealistisk och ibland puritansk tradition med en ovilja mot biologiska synsätt. Den här motsättningen kan förstärkas av de skillnader som — vid sidan om likheterna — finns mellan det vuxenpsykiatriska och barn- och ungdomspsykiatriska området. Psykosociala förklaringsgrunder torde ha en större och sannolikt mer självklar dominans i det barn- och ungdomspsykiatriska än i det vuxenpsykiatriska arbetet. Företrädare för ganska renodlade psykosociala tänkesätt, främst beteendevetare och samhällsvetare, torde också ha ett större spelrum inom barn- och ungdomspsykiatrin. Kanske den barn- och ungdomspsykiatriska specialitetens begränsade uppföljningstid också kan ge ett falskt perspektiv. Det gäller t ex schizofrenierna, som barnpsykiatern möter i tidigt skede, där det ligger närmare till hands att poängtera innehållsmässiga moment och tolka problemen som identitetskriser och relationsproblem, medan vuxenpsykiaterns längre uppföljningsperspektiv ger större respekt för formella moment med möjligheter att identifiera bärande diagnostiska element och sjukdomsprocesser. Här behövs från båda håll en respekt för olikheter i de problem man har att lösa. Risken för onödiga konfrontationer är viktig att framhålla inte minst därför att sådana konflikter torde ha spelat en mycket destruktiv roll när det gällt den bekymmersamma rekryteringskris som drabbat både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Metodmässiga fördelar kan ligga däri att en gemensam organisation bättre kan utnyttja subspecialiserade resurser t ex för krisbehandlingsprogram, beteendeterapi etc. En tänkbar möjlighet är också att en gemensam psykiatrisk verksamhet kan ge bättre förutsättningar för att subspecialisera barnpsykiatrin, då det knappast är givet att genomgående samma personal skall ta hand om knarkande tonåringar och bedöma utvecklingsnivåer i lägre barnår etc. Det är också möjligt att en gemensam verksamhet kan ge bättre underlag för en subspecialisering av tonårens psykiatri. En sådan subspecialisering kan paradoxalt nog bli mer angelägen när man kunnat genomföra huvudprincipen med en sektorisering med sammanhållet ansvar för ett visst upptagningsområde. Det är tänkbart att utvecklingen medför att detta sektorsansvar i första hand kommer att åvila allmänläkare, distriktsbarnläkare, distrikts- och barnavårdscentralssköterskor och socialassistenter etc. Psykiatrin kan i ett system av denna typ ställas inför ökade krav på en förfinad och specialiserad kunskap.

Men man kan också tänka sig vissa risker när det gällt arbetsmetodiken. Kanske främst samma risker som kännetecknar det psykiatriska teamet — där alla vill jobba på ett gemensamt område, i regel med någon typ av psykoterapi, med åtföljande utsuddning av yrkesrollerna och en försummelse att utveckla egna speciella färdigheter. En samordning mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri skulle på motsvarande sätt kunna innebära en tendens att alla skulle arbeta med familjeterapi och en risk att t ex tappa bort de mycket stora subspecialiserade områdena som finns inom barn- och ungdomspsykiatrin (6). Men risken behöver inte vara särskilt stor. Vuxenpsykiatrin har ju redan inom sig en etablerad subspecialisering vad gäller alkoholistvård, narkomanvård, psykiatrisk rehabilitering etc.

De *administrativa* fördelarna ligger främst i möjligheten till ett gemensamt och flexibelt utnyttjande av knappa resurser, inte minst vid uppbyggnaden av vårdorganisationen.

Tänkbara administrativa nackdelar kan väl främst ligga i att en samordning med vuxenpsy-

kiatrin skulle vara ett sämre alternativ än en motsvarande nära samordning med andra specialiteter, t ex en närmare samordning mellan barn- och ungdomspsykiatri och pediatrik eller mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialvård. Den balansräkningen åligger det emellertid snarare en barnpsykiater än en vuxenpsykiater att redovisa.

Utvecklingsarbete

Behovet och möjligheterna till en närmare samverkan mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri med bibehållen egen profil för båda specialiteterna kan övervägas från flera aspekter. Det kan gälla fackliga frågor, utbildningsfrågor och utvecklingsarbete vad gäller vårdorganisationen. De fackliga frågorna skall i detta sammanhang lämnas därhän. Utbildningsfrågorna är tidigare kort berörda. Här bara några slutord vad gäller det vårdorganisatoriska utvecklingsarbetet.

Under den ganska korta tid jag haft anledning att deltaga i ett samarbete mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri har det framstått som alltmer uppenbart hur bristfälligt underlaget är för den fortsatta planeringen.

Med relativt enkla medel bör vi kunna inhämta information om åtskilliga angelägna frågor.

Man kan tänka sig enkla deskriptiva undersökningar beträffande vårdorganisation och vårdkonsumtion. Vi behöver en översikt över vilka former av samverkan som idag finns mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri i olika sjukvårdsområden. Vi behöver (som tidigare framgått) veta hur patientklientelet under 20 år fördelats på vuxenpsykiatrisk och barn- och ungdomspsykiatrisk vård — och den informationen fördelad på olika demografiska och diagnostiska karaktäristika. Vi behöver veta mer om i vilken utsträckning vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri har patienter från samma familj (jfr 7).

Vi behöver veta mer om förväntningar och eventuella farhågor hos olika personalgrupper när det gäller att utveckla ett närmare samarbete, dels mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, dels mellan dessa områden och andra närliggande områden.

Sådana deskriptiva studier borde också kun-

na utvidgas till mer analytiska och gärna prospektiva undersökningar. För att ta några närliggande exempel: Hur utvecklas "patient-karriären" om samma typ av patienter tas om hand i renodlad barn- och ungdomspsykiatri, renodlad vuxenpsykiatri eller i samordnad verksamhet? Hur utvecklas samarbetet mellan psykiatrisk verksamhet och angränsande områden (t ex pediatrik och socialvård) med och utan samordning av barn- och ungdomspsykiatrisk och vuxenpsykiatrisk verksamhet?

Svensk psykiatri är idag i en snabb och dynamisk om också något orolig utveckling. Ett positivt inslag är att detta ger ovanligt goda möjligheter att studera effekter av förändringar i vårdorganisationen. En grupp frågeställningar, som då kan vara tacksam att behandla, gäller just de effekter på behandlingsklimat och behandlingsresultat, som en samverkan mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri kan medföra.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. Sluten psykiatrisk lasarettsvård 1967—1968 (1971). Officiell statistik från Socialstyrelsen Stockholm
2. *Beskow, J. & B. Laurell* (1967): Systematisk vidareutbildning vid psykiatriska kliniken i Umeå. *Läkartidningen* 64, 2630
3. Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation (1973): Expertrapporter från Socialstyrelsen Stockholm
4. Vad innebär det att arbeta i ett "psykiatriskt team" (1975). Reportage i *Läkartidningen* 72, 3677
5. Plan för psykiatrisk vård i Skaraborgs län (1975). Stencil. Skaraborgs läns landsting, Mariestad
6. *Elthammar, O* (1975): Perspektiv på PBU. Debattinlägg. *Läkartidningen* 72, 2829
7. *Cedergren, G., L. Jarl & E. Rådberg* (1976): Är uppdelningen barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri otidsenlig? *Socialmedicinsk tidskrift* 53, nr 3

Socialmedicinsk tidskrift — temanummer

Arbetsvård

artiklar av Georg Svahn, Hans Berglind, Per Östman, Gertie Viding, Sven J. Dencker — Lars Hedenberg, Lars Sullivan, Marianne Svensson, Bo Svedberg, Lars Ettarp, Arne Magnusson (Januari 1972, 1/72)

Arbetsvård

artiklar av Bo Södersten, Knut Nilsson, Håkan Walander, Palle Landin, Ruth Kärnek, Genia Höglund, Harald Berg (november 1972, 9/72)

Arbete och olycksfall

artiklar av Elisabeth Lagerlöf, Carin Sundström-Frisk, Klas-Göran Lindström, Kurt Baneryd, Lennart Gustafsson, Leif Svanström, Jan Kronlund, Charlie Karlsson m. fl. (mars 1975, 3/75)

Utslagning från arbetsmarknaden eller bristande arbetsmotivation

artiklar av Ragnar Berfenstam, Hans Berglind, Bengt G Rundblad, C A Heijbel, Lars Sullivan och Lennart Holmgren, Sven Jonas Dencker, Lennart Levi, Sigvard Rubenowitz (febr, 1976, 2/76)

Kan rekvireras från Socialmedicinsk tidskrift, Fack, 104 01 Stockholm 60
Lösnummerpris kr 8: — + moms; vid beställning direkt från redaktionen ges
rabatter: mer än 25 ex 10 %, 50 ex 15 %, 100 ex 20 %.