

Beteendeterapeutiska avdelningsprogram i behandling av narkomaner

Lars-Göran Öst

Lennart Melin

K Gunnar Götestam

Vid forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, har man mångårig erfarenhet av narkomanvård. Under senare år har olika beteendeterapeutiska modeller prövats och resultaten av dessa diskuteras där av psykologerna Lars-Göran Öst, Lennart Melin och överläkare K Gunnar Götestam, samtliga verksamma vid forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus.

Beteendeterapeutiska metoder har, i USA och England, använts sedan mitten av 1960-talet för behandling av narkomaner, medan de första svenska tillämpningarna härrör från början av 70-talet. Forskningen inom detta område kan delas in i tre kategorier: 1) studier där det primära syftet har varit att reducera eller eliminera själva drog-beteendet, 2) studier där man har syftat till att få fram alternativa beteenden till drogbeteendet, och 3) studier där man har använt avdelningsprogram för en grupp narkomaner inom en avdelning eller ett behandlingshem. Då syftet med föreliggande artikel är att presentera den forskning som vi har bedrivit vid forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus, samt skissera ett framtida behandlingsprogram skulle det föra för långt att presentera den tidigare forskningen på området. En kritisk översikt av denna ges av Götestam, Melin och Öst (1975).

Under perioden augusti 1971—oktober 1973

prövades fyra olika avdelningsprogram. De två första användes för en grupp kvinnliga amfetaminister, det tredje för opiatmissbrukare (båda könen) under metadoninställning och i det fjärde behandlades både CS- och opiatmissbrukare av båda könen.

PROGRAM 1

Det första av de beteendeterapeutiska avdelningsprogrammen (Melin & Götestam 1973) påbörjades med syftet att få en bättre struktur och ordning på de regler som skulle gälla på den kvinnliga narkomanavdelningen. Avdelningen fungerade både som avgiftnings- och behandlingsavdelning. Bland de regler som gällde kan nämnas att patienten fick vissa förmåner (frigång) när de var avgiftade samt att de skulle delta i de dagliga aktiviteter som fanns på avdelningen. Dessa regler fungerade dock inte i praktiken och det var mycket sällan konsekvenser gavs om reglerna inte följdes.

När programmet infördes delades vistelsen på avdelningen in i tre faser: avgiftning, behandling och rehabilitering. Vid intagningen på avdelningen kom patienten till avgiftningsfasen, där hon fick "bo" i ett tre-bäddrum, tills hon var avgiftad (inga spår av narkotika i urinen). Under denna fas fick hon inte delta i de dagliga avdelningsaktiviteterna. När avgiftningen var klar fick patienten vid en behandlingskonferens noggrann information om det frivilliga behandlingsprogrammet och fick välja om hon ville delta i detta el-

ler skrivas ut från avdelningen. Om hon valde att gå in i behandlingsprogrammet och deltog i avdelningsaktiviteterna (uppstigning kl 8, påklädning, bäddning, städning, morgonsamling, rutinarbete på avdelningen och gymnastik) fick hon bo i tvåbäddsrum och gå på promenad med personal. När patienten hade fungerat bra i behandlingsfasen fick hon vid en ny behandlingskonferens erbjudandet att flytta över till rehabiliteringsfasen. I denna fas var förmånerna att bo i eget rum, att ha frigång utan personal och att ta emot besök på sitt rum. Patienten skulle utföra samma aktiviteter som i behandlingsfasen men kunde byta ut vissa av dem mot arbete inom sjukhusområdet eller utanför. Under denna fas arbetades det också mycket med socialkurativa åtgärder för patienterna.

Den allmänna regel som gällde för behandlings- och rehabiliteringsfasen var att patienten skulle utföra samtliga uppräknade avdelningsaktiviteter för att få tillgång till förmånerna (förstärkarna). När en preliminär evaluering av programmet gjordes efter fyra månader kunde man notera vissa förbättringar, t ex bättre kontakt mellan personal och patienter, färre aggressionsutbrott och större patientaktivitet. Det största problemet med programmet var dock utdelandet av negativa sanktioner om patienten inte deltog i avdelningsaktiviteterna. För att komma till rätta med detta problem ändrades programmet i vissa avseenden.

PROGRAM 2

De förändringar som vidtogs var en kvantifiering av aktiviteterna genom införandet av ett poängsystem samt en ökning av antalet aktiviteter som patienterna kunde utföra. Poängsystemet innebar att de olika aktiviteterna gav olika antal poäng på basis av hur ofta de utförts i program 1. Dessutom kvantifierades reglerna så att patienten måste samla 5 p för att få flytta till behandlingsfasen, 25 p för att få flytta till rehabiliteringsfasen och 25 p per vecka för att få vara kvar i denna fas.

Patienter

I programmet deltog 16 kvinnliga amfetaminmissbrukare med en medianålder av 25,0 år (variationsvidd 16—44 år). De hade missbrukat amfeta-

min intravenöst i genomsnitt 3 år (median) med en variationsvidd mellan 6 mån och 13 år. Vårdtiden på avdelningen varierade mellan 12—52 dagar (median 24,0 dagar).

Resultat av program 1 och 2

Bland resultaten av dessa program kan nämnas att signifikant flera patienter (91 %) var uppe och påklädda kl 8 under program 2 än under program 1 (71 %) och tiden före program 1 (60 %). Vidare minskade utskrivningen av psykofarmaka (sedativa, hypnotika och neuroleptika) starkt, när programmen infördes. Proportionen drogfria patienter vid de olika efteruppföljningstillfällena framgår av *tabell 1*. Signifikant fler patienter (56 % resp 38 %) var drogfria vid efteruppföljning 6 resp 12 månader efter utskrivningen vid jämförelse med den grupp patienter som vårdats på avdelningen under den aktuella tidsperioden men inte ingått i behandlingsprogrammet (11 % resp 7 %). Några definitiva slutsatser om programets överlägsenhet kan dock inte dras då jämförelsegruppen inte är en riktig kontrollgrupp och selektionsfaktorer kan ha inverkat.

Tabell 1 Procent drogfria vid olika uppföljningstillfällen.

Tidpunkt	Programgruppen n = 16	Jämförelsegrupp under programmet n = 45
2 veckor	63	58
3 månader	56	24
6 månader	56	11
12 månader	38	7

PROGRAM 3

Syftet med detta program (Melin, Andersson & Götestam 1975) var dels att strukturera reglerna på en avdelning för opiatmissbrukare under deras inställning på metadon, dels att pröva användbarheten av en "reverseringsdesign" (Öst 1973) i evalueringen av programmets effekter på patienternas beteende inom avdelningen. När patienterna kom till avdelningen var de avgiftade samt drogfria sedan en vecka. Under baslinjefasen (innan pro-

grammet började) gällde bl a följande regler: Efter två veckor på avdelningen fick patienten frigång och om han/hon tog narkotika (som upptäcktes vid urinalysen) drogs frigången in en vecka. Dessutom informerades patienterna under morgonsamlingen om att de skulle delta i de dagliga aktiviteterna som erbjöds. Det fanns dock inga negativa konsekvenser som följde om patienten inte deltog i dessa aktiviteter.

Efter fyra veckors baslinjefas infördes programmet i form av ett poängsystem. Det fanns nio olika aktiviteter, som gav mellan 1—3 poäng och det maximala antalet poäng, som kunde samlas på en vecka var 51. Följande fem förmåner (förstärkare) användes i programmet: Redan från början fick patienten gå på promenad med personal. När han hade samlat 25 p fick han frigång till kl 18, vid 50 p permission en dag samt ta emot besök, efter 75 p permission i två dagar samt efter 100 p permission i tre dagar. De regler som gällde i programmet var att patienten måste samla 100 p för att få tillgång till alla förstärkare. Därefter måste han samla 25 p/vecka för att få behålla dessa. Om en patient samlade mindre än 25 p en vecka förlorade han förmånerna och måste på nytt samla 25 p en vecka för att återfå förmånerna. Samma konsekvens följde om en patient tog narkotika under vistelsen på avdelningen.

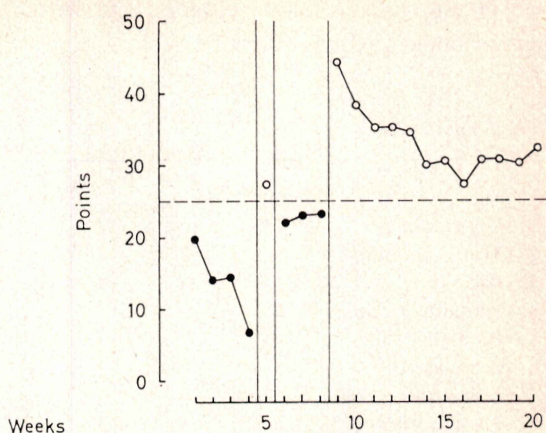
Patienter

I programmet deltog 25 patienter (19 män och 5 kvinnor) med en medianålder av 24 år (variationsvidd 20—54 år). De hade missbrukat opiater intravenöst i 3—24 år (median 5,5 år) och den genomsnittliga vårdtiden på avdelningen var 27 dagar (variationsvidd 3—107 dagar).

Resultat av program 3

Bland resultaten kan nämnas att proportionen patienter som var uppe och påklädda kl 8 på morgonen var 95 % under de faser programmet var i funktion mot 65 % för perioden utan detta program. Motsvarande siffror för bäddning var 96 % mot 47 % och för deltagande i morgonsamling 91 % mot 76 %. Av figur 1 framgår genomsnittligt antal poäng per vecka för patientgruppen som

Fig. 1. Totala aktiviteten för program 3



helhet. Under baslinjefasen (A) var det 13,9 poäng, under B-fasen 25,2 under C-fasen 22,7 och under D-fasen 33,4 poäng. Redan första veckan (v. 5) när programmet infördes överträffades 25-poängskriteriet, liksom när det återinfördes i vecka 9. Från och med vecka 10 sjunker kurvan sakta för att anpassa sig till kriteriet. Den troligaste förklaringen till detta är att det inte hade någon betydelse om patienterna samlade mer än 25 p per vecka. Dessa "överpoäng" hade de ingen nytta av och man kan säga, att en hög aktivitet hos patienterna utsläktades i stället för förstärktes.

PROGRAM 4

Syftet med detta program (Eriksson, Götestam, Melin & Öst 1975) var att för en grupp opiat- och centralstimulantiamissbrukare applicera en teckenekonomi och evaluera dess effekter på patienternas beteende inom avdelningen. En teckenekonomi karakteriseras bl a av att man använder sk tecken, tex poäng, kuponger eller poletter som omedelbar förstärkare av en viss aktivitet. Dessa tecken kan sedan bytas ut mot sk "uppbakningsförstärkare", såsom förmåner och kioskvaror.

Teckenekonomiprogrammet innehöll både allmänna aktiviteter (som alla patienter kunde utföra varje dag) och bokningsbara aktiviteter (som endast en eller två åt gången kunde utföra och därför måste bokas in dagligen). Dessa framgår av tabell 2 a och b. I detta sammanhang kan påpekas att ca en tredjedel av dessa aktiviteter till-

kom direkt på patienternas eget initiativ. De uppbackningsförstärkare som användes i teckenekonomin framgår av *tabell 3*.

Tabell 2a Allmänna aktiviteter

	Poäng
1. Uppstigning	1
2. Morgonsamling	2
3. Bäddning	1
4. Städning av eget rum	2
5. Promenad	3
6. Gymnastik	5
7. Lämna urinprov	1
8. Planerad utflykt heldag	11
fm	6
em	4
9. Trädgårdsarbete fm + em	6 + 6
10. Skogsbussen (8 tim)	20
11. Lektioner	5
12. Behandlingskonferens	3
13. Matlagningskurs	5
14. Sociala ärenden	10

Tabell 2b Bokningsbara aktiviteter:

	Poäng
1. Inköp (2 ggr)	2
2. Kaffekokning (2 ggr)	2
3. Köksarbete (2 ggr)	3
4. Servering (2 ggr)	2
5. Städning av dagrum	3
6. Städning av kök och matsal	4
7. Städning av musikrum	2
8. Städning av badrum	3
9. Städning av toaletter	5
10. Städning av sköljrum	3
11. Arbetsterapi	5/tim.
12. Inbjudan till gästbesök	2
13. Värdskap vid gästbesök	3
14. Förberedelse för stormöte	3
15. Arbete eller skola utanför sjukhuset:	
fm	10
em	6
16. Bakning	10
17. Insamling av pengar till bakning	5
18. Inköp av ingredienser till bakning	5
19. Hämtning av blommor i trädgården	2
20. Skötsel av blommorna på avdelningen	2

Tabell 3 Uppbackningsförstärkare

	Kostnad
1. Frigång, efter kl. 16.00	0
2. Frigång, före kl. 16.00	5
3. Permission, vardagar	15/dag
4. Permission, lö—sö	5/dag
5. Cigaretter 10 st.	3
20 st.	5
6. Läskedrycker, lättöl	2/flaska
7. Godis	1—5
8. Frukt	1
9. Tidningar (dags-, vecko-, serie-)	1—4
10. Bio- eller fotbollsbiljett	8

När patienten kom till avdelningen var han/hon avgiftad och hade, efter grundlig information, frivilligt valt att gå in i behandlingsprogrammet. Hela vistelsen på avdelningen var också frivillig och patienten kunde lämna programmet närhelst han önskade. Patienten började sin vistelse på avdelningen utan frigång och måste samla totalt 70 p för att få frigång, vilket tog i genomsnitt 3,8 dagar. Därefter skulle patienten samla 15 p per dag för att få behålla frigången. Om han en dag samlade 14 p eller mindre drogs frigången in tills han åter hade samlat 15 p en dag, varvid han fick frigång dagen efter. De poäng som patienten samlade utöver 15 kallades för "överpoäng" och kunde användas för att få tillgång till uppbackningsförstärkare (tabell 3). Bland de övriga regler som gällde kan nämnas att varje patient skulle lämna urinprov senast kl 12 varje dag. Om detta inte skedde likställdes det med ett positivt urinprov, frigången drogs in och patienten måste samla 40 poäng på nytt för att återfå frigången. Vid fall av otvetydig "påtändning" eller berusning överfördes patienten till avgiftningsavdelningen och fick börja om från början, när han kom tillbaka till behandlingsavdelningen.

Patienter

I programmet behandlades 52 patienter (37 män och 15 kvinnor) med en medianålder av 22 år (variationsvidd 16—41 år). Patienterna hade börjat sitt narkotikamissbruk vid en medianålder av 17 år (variationsvidd 12—26 år) och vårdtiden på avdelningen var 17 dagar (median; variationsvidd

2—204 dagar). Vid behandlingens början var det 31 % som enbart missbrukade CS och 25 % enbart opiater, medan 44 % blandade opiater, centralstimulerande droger och hallucinogener på olika sätt.

Design

Experimentet inleddes med en baslinjefas (A 1) på tre veckor. Under denna tid fanns de olika aktiviteterna tillgängliga men ingen förstärkning gavs. Sedan applicerades teckenekonomin (B1) under 8 veckor, då utförandet av de olika aktiviteterna förstärktes med tecken. I nästa fas (A2) togs teckenekonomin bort och under denna period (tre veckor) gavs inga förstärkare, men alla aktiviteter kunde utföras. Därefter återinsattes teckenekonomin (B2) under 18 veckor. Slutligen applicerades under två veckor (C) ett icke-kontingent förstärkningssystem. Detta innebar att patienten startade varje dag med 23 poäng (genomsnittet under B2-fasen) oberoende av om han under dagen utförde någon aktivitet eller ej. Syftet med denna fas var att pröva om det var tecknen i sig eller förstärkningen kontingent (som en följd) på de utförda aktiviteterna som vidmakthöll en hög aktivitetsnivå.

Resultat

Det genomsnittliga antalet poäng per patient och

Fig. 2. Genomsnittspoäng per dag

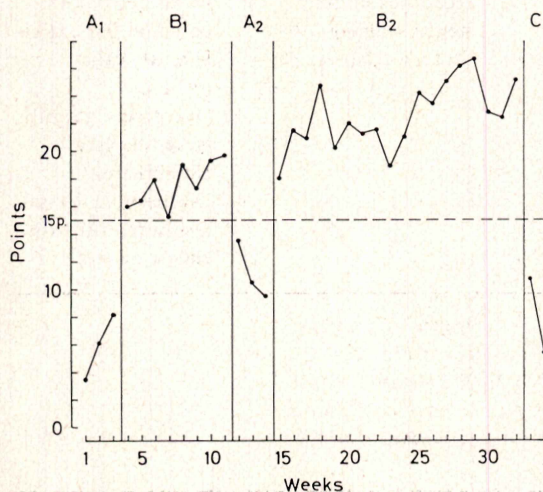
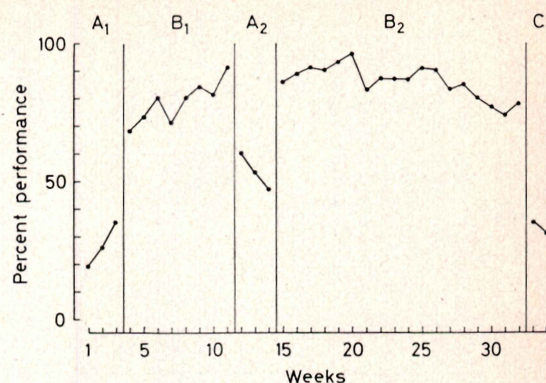


Fig. 3. Total aktivitet för program 4. (Proportionen utförda aktiviteter av antalet möjliga aktiviteter.)

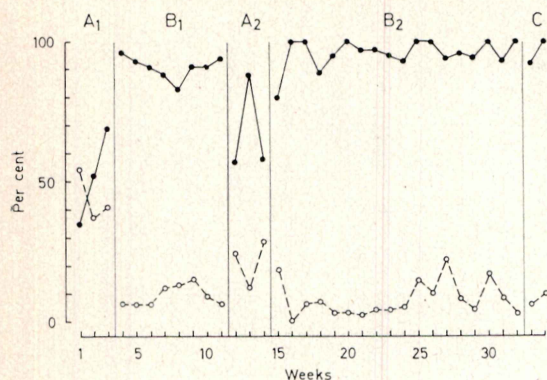


dag framgår av *figur 2*. Denna visar att redan under första veckan med teckenekonomin (B1) överskreds kriteriet på 15 p och genomsnittet låg resten av perioden över detta kriterium. När teckenekonomin togs bort (A2) underskreds kriteriet omedelbart medan poängen åter överskred kriteriet, när teckenekonomin sattes in igen (B2). Under C-fasen, icke-kontingent förstärkning, sjönk poängen starkt. Genomsnittet under de olika faserna var 5,9, 17,6, 11,2, 22,4 resp 8,1 poäng. Den totala aktivitetsnivån på avdelningen (procent utförda aktiviteter av totala antalet möjliga aktiviteter) under de olika faserna framgår av *figur 3*.

Genomsnittet för de olika faserna var 27 %, 79 %, 53 %, 86 % resp 33 %. Resultaten för olika delaktiviteter t ex uppstigning och påklädning på morgonen, deltagande i morgonsamling, bäddning, gymnastik och promenader etc visar samma mönster. Det vill säga en låg aktivitetsnivå under baslinjen, en kraftig ökning när teckenekonomin sätts in, en klar sänkning när den tas bort (dock inte ända ner till baslinjenivån) och återigen en kraftig ökning när teckenekonomin sätts in på nytt. Den icke-kontingenta förstärkningen (C-fasen) ledde i samtliga undersökta aktiviteter till en aktivitetsnivå i paritet med baslinjens.

Det kan också vara av intresse att se hur frekvensen "påtändningar" påverkades av teckenekonomin. Av *figur 4* framgår att det blev en klar sänkning (från 45 % till 9 %) av proportionen positiva urinprov under B1-fasen. När teckenekono-

Fig. 4. Genomsnittligt antal av pat. som lämnat ett urinprov —●— och proportionen av positiva urinprov —○—



min togs bort (A2) ökades proportionen till 22 % och när den återinsattes sjönk proportionen till 10 %. Samma trend visar kurvan över andelen patienter som lämnat sitt urinprov i tid. Enda skillnaden mellan de olika faserna var att under teckenekonomin (B1 och B2) erhöill patienterna 1 poäng om de lämnade sitt urinprov i tid, medan de negativa konsekvenserna (indragen frigång) för positiva urinprov gällde i samtliga faser.

Jämförelse mellan programmen

De för- och nackdelar som är förknippade med de olika programmen framgår av tabell 4. En grundläggande fördel med dessa program är att man åstadkommer en stark aktivitetsökning hos patienterna. Personalen behöver inte gå och tjata "skall du inte stiga upp nu", långt fram på förmiddagen utan patienterna bestämmer själva om de vill gå upp (och erhålla en poäng) eller ta sig en sovmorgon. Den högre aktivitetsnivån gör också att patienten i större utsträckning än tidigare, tillsammans med sin kontaktman och kurator, deltar i de socialkurativa åtgärder som är nödvändiga för de flesta narkomaner. En annan viktig fördel är att de regler som gäller på avdelningen är explicit formulerade liksom konsekvenserna vid regelbrott, t. ex. påtändning och missbruk av permission. Detta innebär att diskussioner (och ibland aggressionsutbrott) över reglerna eller om en viss patient har brutit mot en regel eller ej blir minimerade eller försvinner helt. Härigenom förbättras också stämningen på avdelningen. De nackdelar som fanns i det första programmet (alla aktiviteter måste utföras för att patienten skulle få tillgång till förstärkarna samt problemen att ge negativa sanktioner) eliminerades i det andra program-

Tabell 4 Jämförelse mellan de fyra behandlingsprogrammen:

	Program 1	Program 2	Program 3	Program 4
Fördelar	1. Ökad patientaktivitet. 2. Explicit regelsystem.	1. Som program 1. 2. Ökad flexibilitet mellan aktiviteter och förstärkare på grund av kvantifieringen av aktiviteterna.	1. Som program 1. 2. Ökad flexibilitet: stegvis tillgång till förstärkarna.	1. Som program 1. 2. Ökad flexibilitet: betydligt fler aktiviteter att välja mellan. 3. Överpoäng ger tillgång till olika förstärkare. 4. De negativa konsekvenserna fördröjs endast en dag.
Nackdelar	1. Ingen flexibilitet mellan aktiviteter och förstärkare. 2. Svårt att ge negativa konsekvenser.	1. Ingen differentiering mellan förstärkarna.	1. Ingen användning för överpoäng. 2. De negativa konsekvenserna fördröjs en vecka.	

met i och med poängsättningen av aktiviteterna och specificering av kraven för att få tillgång till förstärkarna. Den fördel som således erhöles i program 2 var en ökad flexibilitet mellan aktiviteter och förstärkare. Patienten behövde inte utföra samtliga aktiviteter utan kunde välja vilka han ville utföra, eller t o m ta en ledig dag, under förutsättning att han uppnådde 25 p per vecka. Fortfarande kvarstod dock nackdelen att förstärkarna erhöles på en "allt-eller-intet basis".

I det tredje programmet infördes dock en förändring som innebar en stegvis tillgång till de olika förstärkarna, vilket medförde något större flexibilitet. Den största nackdelen i detta program var att patienten inte hade någon användning för "överpoäng", dvs det spelade ingen roll om patienten samlade 25 eller 50 p. Detta medförde också att aktivitetsnivån gradvis anpassade sig en bit ovanför kriteriet. En annan nackdel med detta program var att negativa konsekvenser var fördröjda en vecka. En patient kunde således vara helt inaktiv en vecka men ändå ha kvar förmåner. Först veckan därpå inträffade de negativa konsekvenserna, frigången drogs in etc.

För att komma till rätta med dessa nackdelar infördes, dels ett större antal uppbackningsförstärkare som patienterna kunde erhålla i utbyte mot överpoäng, dels uppsattes ett dagligt kriterium i stället för ett per vecka. Detta innebar att om en patient samlade mindre än 15 poäng en dag drogs frigången in dagen därpå. Dessutom var detta program betydligt flexiblere ur patienternas synpunkt i och med att det fanns hela 34 olika aktiviteter att välja mellan mot 11 i program 3. Några direkta nackdelar kan program 4 inte sägas vara behäftat med.

Ett framtida behandlingsprogram

Den utformning som teckenekonomin hade i program 4 får anses vara nära nog optimal. Det finns inga större nackdelar som kan elimineras och resultaten visar att teckenekonomin leder till en stark ökning av aktivitetsnivån bland patienterna inom avdelningens ram. Ett behandlingsprogram av den typ som ovan beskrivits har dock ofta inte så stora terapeutiska effekter, i och med svårighe-

ten att inom avdelningens ram arbeta med aktiviteter som är relevanta för patienterna efter utskrivningen. Programmet fungerar dock bra som en allmän ram för en avdelnings verksamhet i stort. Inom denna ram måste man emellertid lägga upp individuella behandlingsprogram för varje enskild patient.

Individuella behandlingsprogram

Innan ett individuellt behandlingsprogram påbörjas måste en noggrann beteendeanalys utföras (Öst 1975). Denna bör leda fram till konkreta åtgärdsförslag inom tre områden: 1) drog beteendet, 2) alternativa beteenden och 3) den sociala situationen. Därefter gör man upp ett behandlingskontrakt mellan patienten å ena sidan och de personer som ingår i det terapeutiska teamet å den andra. I kontraktet specificeras målsättningen för den enskilde patientens behandling samt vilka metoder som skall användas. Det är mycket viktigt att patienten tar fullt ansvar för sin egen situation och inte faller tillbaks på att det alltid finns personer som "ställer upp" för honom. Därför specificeras i kontraktet också patientens och teamets rättigheter och skyldigheter i den terapeutiska relationen samt vilka konsekvenser som inträffar om man bryter mot det uppgjorda kontraktet. För en beskrivning av behandlingsmetoder hänvisas till Götestam, Melin och Öst (1975).

Diskussion

Den slutsats som kan dras från dessa beteendeterapeutiska avdelningsprogram är att aktivitetsnivån bland patienterna har höjts markant. Detta har, tillsammans med den explicita formuleringen av reglerna, lett till en bättre stämning på avdelningen, bättre kontakt mellan patienter och personal samt ett större intresse hos patienterna för att delta i sin egen rehabilitering. Vi tror dock inte att dessa behandlingsprogram är tillräckliga. För att ett långsiktigt och varaktigt resultat skall uppnås krävs att man inom teckenekonomin arbetar med för patienterna relevanta aktiviteter, samt individuella behandlingsprogram för varje enskild patient.

(Referenser nästa sida)

REFERENSER

- Eriksson, J. H., Götestam, K. G., Melin, L. & Öst, L-G.: A token economy treatment of drug addiction. Behaviour Research and Therapy, in press 1975.
- Götestam, K. G., Melin, L. & Öst, L-G.: Behavior therapy and drug addiction: An evaluative review. Submitted to Addictive Behaviors, 1975.
- Melin, L. & Götestam, K. G. A.: Contingency management program on a drug-free unit for intravenous amphetamine addicts. Journal of Behavior

Therapy and Experimental Psychiatry, 1973, 4, 331—337.

- Melin, L., Andersson, B. & Götestam, K. G.: Contingency management in a methadone maintenance treatment program. Submitted to Archives of General Psychiatry, 1975.
- Öst, L-G.: Experimentella designar vid N=1. En litteraturöversikt. Beteendeterapi, 1973, 2, 77—95.
- Öst, L-G.: En modell för praktisk beteendeterapi. Nordisk Psykiatrisk Tidskrift, in press 1975.

Böcker till redaktionen

Arbetsmiljö från A till Ö

Aktuell uppslagsbok om yrkesrisker och arbetarskydd
Prisma 183 s, kr ca 39:— inkl moms

Medicinsk årsbok

AB Nordiska Bokhandeln 165 s

Anne-Lise Salling:

Metodebog i Sygepleje

Munksgaard Köpenhamn 158 s,
Dkr 33,35

Pockettidningen R 1/1975:

Vårdad till vanvett

Rapport från ett svenskt mentalsjukhus
Prisma 216 s, ca kr 15:— inkl moms

Barn som far illa

En undersökning av barnmisshandel och skadlig uppväxtmiljö
Socialstyrelsen, Allmänna Barnhuset 86 s, kr 10:—

Mot barnolycksfall

Samarbetskommittén för barnolycksfall 60 s

Bo Stenvinkel:

Våra villkor

Studiebok till Socialkunskap
Esselte Studium 126 s, ca kr 32:— inkl moms

Else Melin, Bertil Steen:

Äldrande och åldringsvård

Biologiska, psykologiska och sociala aspekter
Esselte Studium 98 s, kr ca 42:— inkl moms

Mats Ekolm, Anders Fransson:

Praktisk intervju teknik

Awe/Gebbers 80 s, ca kr 28:— inkl moms

Ernest Siegel:

Specialundervisning i den vanliga klassen

Wahlström & Widstrand 180 s,
ca kr 26:50 inkl moms

Barbro Lennéer-Axelsson, Ingela Thylefors:

Samtalsgrupper

Wahlström & Widstrand 200 s,
ca kr 28:50 inkl moms

Habitering av psykiskt utvecklingsstörda

Utarbetad av Stiftelsen ALA
Natur och Kultur 122 s, ca kr 24:50 inkl moms

Inge Lindqvist:

Abortlagen

med kommentarer
Natur och Kultur 86 s, ca kr 24:— inkl moms

Jay Haley:

Psykoterapi

— strategi och teknik
Natur och Kultur 256 s, ca kr 52:— inkl moms