

HANDLEDNING I EMPATI

Nödvändig tidigt i utbildningen
framför allt för manliga läkarstuderande

Manliga läkarstuderande tycks i högre grad än kvinnliga förlora sin förmåga till empati under utbildningens gång. Detta kan motverkas genom kontinuerlig handledning under den första kliniska placeringen, visar ett projekt från Huddinge sjukhus.Handledningsinsatser bör ha samma prioritet som annan undervisning i läkarutbildningen. Möjligen behöver män större insatser för att behålla eller öka sin empatiska förmåga än kvinnor, som tycks mer stabila härvidlag. De kvinnliga läkarstuderande kunde i stället få mer stöd i att utforma sin läkar- och arbetsledarroll.

Inom allt professionellt vårdarbete finns speciella krav på utövaren, krav som gäller lyhördhet, kommunikation, omtanke, tröst och förståelse. Inte minst ändrade samhällsförhållanden, med en ökande andel gamla människor och en teknisk och medicinsk utveckling som möjliggjort bl a en ökad transplantationsverksamhet, konfronterar läkaren med etiska problem av hög komplexitetsgrad och ställer stora krav på empatisk förmåga i kontakten med patienter och deras anhöriga.

Samtidigt som betydelsen av läka-rens samarbetsförmåga, helhetssyn och

Författare

ULLA HOLM

fil dr, leg psykolog, pedagogiska institutionen, Uppsala universitet

VICTORIA STRAND

specialistläkare, lung- och allergikliniken, Huddinge sjukhus

STINA SÖDERBERG

fil lic, chefspsykolog, Huddinge sjukhus

FRANZ BÁRÁNY

docent, tidigare konsultläkare, medicinska kliniken, Huddinge sjukhus.

empati har fått genomslag rapporteras emellertid om en nedgång i den empatiska förmågan och en ökad cynism under läkarutbildningens gång. Redan på 1950-talet [1] noterades en sådan utveckling, och 1974 konstaterar Rezler [2] i en översiktsstudie av en mängd undersökningar av läkarstuderandes attityder att läkarutbildningen bidrar till både att utveckla en cynisk attityd och att minska en humanitär inställning hos de studerande. Senare studier [3, 4] rapporterar liknande fynd.

Tre faktorer kan förklara

De förklaringar som diskuterats kan hänföras till tre faktorer:

1. Den ensidiga betoningen av ett intellektuellt sätt för kunskapsinhämtning gör att mer mångfasetterade metoder, bl a emotionella, väljs bort [3, 4].

2. De studerandes självbild blir mer destruktiv som en följd av att de får ett dehumaniserande, opersonligt bemötande av lärare och annan personal vid sjukhusen. Självförakt resulterar i förakt för andra [4, 5, 7].

3. Starka känslomässiga reaktioner väcks av konfrontationen med lidande, död och tabubelagda situationer och handlingar. Detta aktiverar i sin tur psykiska försvar hos de studerande för att eliminera eller minska intensiteten i de

Har de manliga läkarstudenterna

svårare än de kvinnliga att bibehålla sin empatiska förmåga i kontakten med patienter och deras anhöriga?

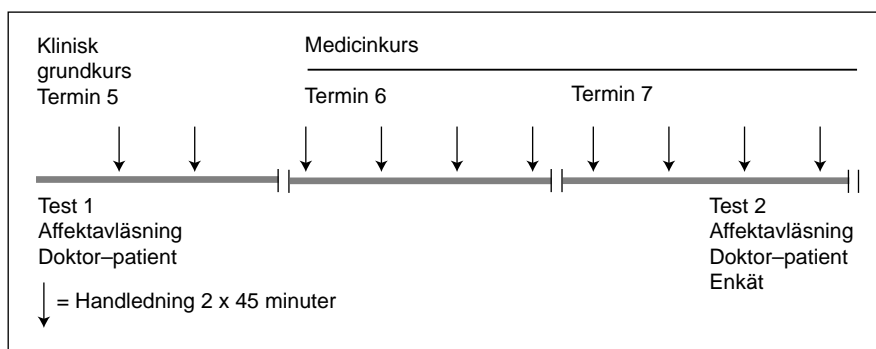
egna känslorna, vilket inverkar negativt på den empatiska förmågan [6-8].

Åtgärder för att motverka cynism

För att motverka en negativ utveckling härvidlag har vissa insatser gjorts, däribland kurser i samtalsmetodik, som sedan 1980-talet ingår i den svenska läkarutbildningen, samt handledning i läkar-patientrelationen i smågrupper. Vid den lokala antagningen till läkarprogrammet vid Karolinska institutet och i Linköping spelar försök att bedöma den sociala kompetensen en viktig roll.

Internationellt, liksom på vissa orter i Sverige, har försök med ökat elevinflytande och tidig patientkontakt gjorts. Samtalsgrupper med läkarstuderande visar att effekten är större när dessa moment kommer in tidigt i utbildningen och regelbundet upprepas under studietiden [9]. Effekten är beroende av attityderna i den totala utbildningsmiljön [10].

En brist har varit att utvärdering av dylika insatser har varit sparsamt förekommande; om de alls har gjorts har de oftast företagits i form av studenternas



Figur 1. Studiens uppläggning. Gruppvis handledning under ledning av läkare och psykolog genomfördes vid tio tillfällen under 1,5 år. Studenterna genomgick test av affektavläsning och doktor-patientskalan före start av handledningen (test 1) och efter avslutad handledning (test 2), då även enkäten besvarades.

egna bedömningar av kursen. Kontrollgruppsförfarande är mycket sällsynt av praktiska och ekonomiska skäl.

Projektets målsättning

Målsättningen med det projekt som här beskrivs var att undersöka om en kontinuerligt återkommande handledningsinsats under den första kliniska kontakten påverkade den i tidigare studier beskrivna minskningen av empatisk förmåga och helhetssyn hos läkarstudenter. Med empati menar vi i detta sammanhang förmågan att förstå hur en annan person känner sig. Resultatet skulle utvärderas med hjälp av objektiva test och en enkät fokuserad på studenternas värdering.

Bakom projektet fanns följande överväganden:

Handledningen skulle vara utdragen i tid och ges under den första kliniska placeringen. Genom att sprida ut handledningstimmarna under en längre period skulle tillfälle ges till reflektion över mötet med patienter och sjukhusvärld. Erfarenhetsmässigt är det under den första kliniska placeringen som de läkarstudenter prövar, ifrågasätter och växer in i läkarrollen.

Läkare och psykologer inom somatisk vård skulle i samarbete utforma och genomföra projektet. I liknande projekt har ofta resurser från psykiatri använts för handledning. Genom att engagera läkare inom somatisk vård ville vi poängtera att handledning/mentorskap är alla specialistläkares angelägenhet. Eftersom handledarna själva arbetade på samma kliniker som de studerande, skulle de förhoppningsvis både bli förebilder och skärpa sin egen uppmärksamhet på hur de själva mötte patienterna. Detta skulle även ge möjlighet att kanalisera erfarenheterna från handledningsgrupperna till det kliniska arbetet.

En läkare och en psykolog ledde tillsammans handledningen i varje grupp.

Extern handledare för handledargruppen. Det var väsentligt att handledarna själva fick tillgång till egen handledning.

Projektet skulle utvärderas vetenskapligt med kontrollgrupp. En utvärdering med kontrollgruppsförfarande var något vi tidigare hade saknat vid genomgången av olika handledningsprojekt.

METHOD Design

Projektet var upplagt som en icke-randomiserad jämförande studie av två sekventiella grupper läkarstudenter vid Huddinge sjukhus: en kontrollgrupp, som endast fick ordinarie undervisning, och en experimentgrupp, som därtill fick handledning. Uppläggningsen av experimentet framgår av Figur 1. Den kliniska grundkursen (termin 5) var studenternas första möte med patienten, sjukhuset och läkaryrket.

Studenterna i båda grupperna genomgick testet första gången under den första veckan av den kliniska grundkursen, andra gången efter avslutad medicinkurs ett år senare. I experimentgruppen gjordes det första testet innan handledningen börjat.

Studenterna

Kontrollgruppen utgjordes av de 25 studenter som påbörjat klinisk grundkurs på Huddinge sjukhus terminen före experimentkursen.

Experimentgruppen bestod av de 25 studenter som påbörjade klinisk grundkurs 1990. Det fanns fem handledningsgrupper med mellan tre och sex kandidater i varje grupp. Studenterna fick själva välja grupp, vilket medförde att grupperna fick olika karaktär avseende såväl könssammansättning som hur väl man kände varandra sedan tidigare. Studenterna hade vid val av sjukhus inte informerats om det planerade projektet.

Studieavbrott, liksom svårigheter att spåra och genomföra test av de deltaga-

re i kontrollgruppen som bytt sjukhus, medförde att antalet som genomgick testning både före och efter handledning var 21 respektive 20 för de två olika testen i experimentgruppen, men endast 16 respektive 15 i kontrollgruppen.

Handledningen

Handledningens syfte var att fokusera på både interaktionen med patienten och den egna rollen i utbildningen och sjukvården, samt att avläsa de känslomässiga reaktioner som uppstår i kontakten med patienter, kurskamrater, lärare och annan vårdpersonal. Ett helhetsperspektiv på vården eftersträvades. Handledningen syftade till att öka de blivande läkarnas förmåga till:

- empatisk förståelse av patienternas känslor,
- insikt i egna känslor och behov,
- kunskap om kommunikation läkare-patient,
- professionellt förhållningssätt.

Någon färdig mall eller plan över ämnen att behandla vid gruppträffarna fanns inte; gruppmedlemmarna fick själva ta upp de frågor eller teman som var aktuella för dem. Handledningen var schemalagd och obligatorisk. Sammanlagt fick varje grupp tio handledningstillfällen à 1,5 timmar.

De handledande läkarna var alla somatiskt verksamma på specialistnivå och delade studenternas kliniska verksamhet på medicinkliniken. De hade ombetts att medverka på grund av att de var kända för sina goda patientrelationer. De flesta hade genomgått KIs kurs i samtalsmetodik. Gemensamt för dem var att de uppfattade projektet som viktigt och entusiastiskt. Deras funktion var att utgöra modeller i synen på patienten, och förmedla egna erfarenheter och handlingsstrategier kring patient-läkarrelationen och läkarrollen.

De handledande psykologerna var legitimerade psykoterapeuter från sjukhusets psykologavdelning och arbetade inom den somatiska vården. Deras uppgift var främst att få de studerande att reflektera kring psykologiska effekter av sjukdom, anhörigproblematik m m, och att handha de gruppdynamiska sidorna vid mötena. Handledarna fick själva regelbunden handledning i seminarieform av extern handledare.

Utvärderingsinstrument

Affektavläsningsskalan. Vid mätning av den empatiska förmågan användes ett nykonstruerat test. Detta test, affektavläsningsskalan [11], fokuserar på affektolerans, en viktig förutsättning för den empatiska förståelsen. Affektolerans innebär att kunna stå ut med och därmed vara medveten om känslor som väcks inom den egna personen. Avläsning av andras känslor kräver att man

kan avläsa likartade känslor hos sig själv. Förmågan att avläsa de egna känslorna är därför en indikation på empatisk förståelse.

Affektavläsningsskalan, som är avsedd speciellt för vårdrkesgrupper, består av fyra korta avsnitt ur videobandade autentiska samtal med patienter i olika känslolägen. Utprövning av testet på olika vårdrkesgrupper visar att det differentierar mellan grupper med förväntat olika krav på utveckling av den empatiska förmågan. Testet har även använts vid utvärdering av kurser i samtalsmetodik, med resultat i förväntad riktning [11].

Samma videoavsnitt användes både före och efter kurs/handledning.

Doktor-patientskalan. För att fånga upp de studerandes attityd till den professionella rollen användes ett frågeformulär, doktor-patientskalan, som beskriver olika positioner mellan en doktorscenterad, sjukdomsorienterad pol å ena sidan och en patientcenterad, problemorienterad pol å den andra. Patientorienteringen avspeglar en helhetsyn, medan doktorsorienteringen avser en mer traditionellt auktoritär inställning och en dualistisk syn på kropp-själ. Frågeformuläret, enligt Likert-skalan, består av 48 frågor. Det har konstruerats av de Monchy och medarbetare [12] och översatts till svenska för denna undersökning.

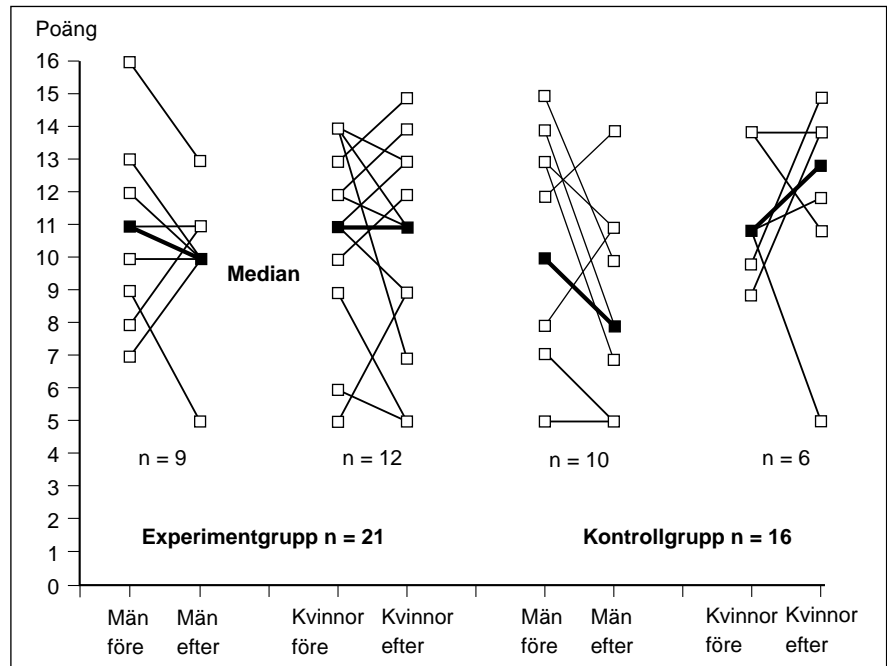
Signifikansprövning har utförts med tvåsidigt parat t-test.

Enkät. Vid det sista testtillfället delades en enkät ut till deltagarna i handledningsgrupperna. De 16 frågorna gällde uppfattningen om både praktiska detaljer i uppläggningsmetoden och vad man personligen fått ut av deltagandet. Svaren på frågorna var öppna och utvärderades enligt kvalitativ metod.

RESULTAT Testet

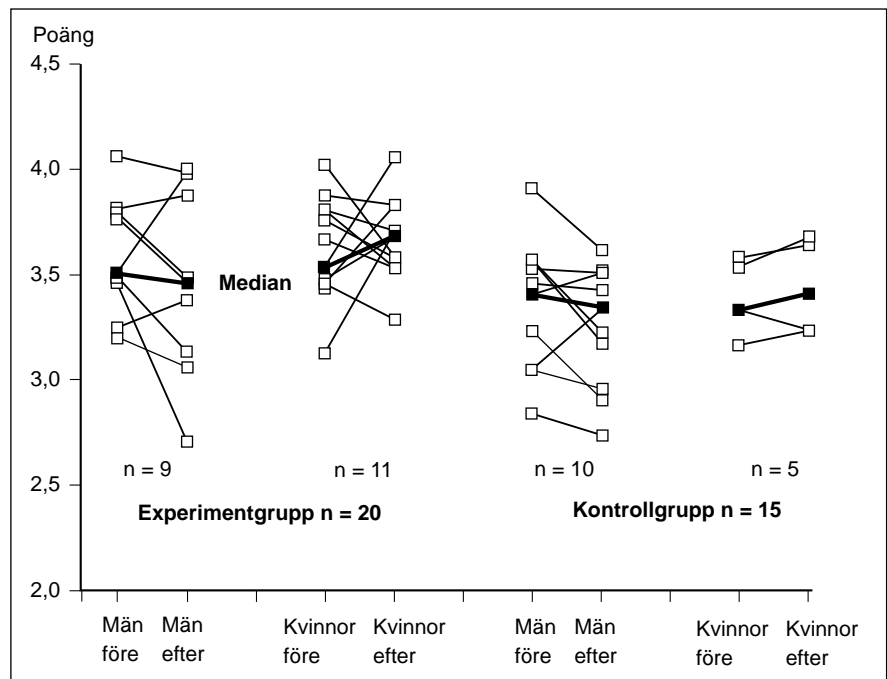
I Figur 2 och 3 visas resultaten i affektavläsningsskalan respektive doktor-patientskalan vid pre- och posttestningen. På grund av det lilla och ojämna antalet försökspersoner i grupperna redovisas medianer.

Som framgår av Figur 2 uppvisar varken kvinnliga eller manliga studerande i den grupp som fått handledning större förändringar i poäng vid pre- och posttestningen med affektavläsningsskalan (-1,3 procent för kvinnor, -3,5 procent för män). Däremot finns en tendens till minskning av empatisk förmåga hos kontrollgruppens män motsvarande -15,2 procent ($P = 0,12$). Åtta av tio män i denna grupp uppvisar en nedgång. Bland kvinnorna i kontrollgrup-



Figur 2. Affektavläsningsskalan. Test av empatisk förmåga med videobandade patientsamtal för experimentgruppen före och efter handledning, samt för kontrollgruppen. Individuella värden och median.

Figur 3. Doktor-patientskalan. Test av attityd till den professionella rollen enligt frågeformulär för experimentgruppen före och efter handledning, samt för kontrollgruppen. Individuella värden och median.



pen har ett par kraftigt ökat sina värden vid posttestningen, medan andra har minskat. Genomsnittlig ökning är 4,6 procent.

I doktor-patientskalan (Figur 3) noteras för de manliga studerande i handledningsgruppen väsentligen oförändrade värden; medianvärdet minskar med 1,1 procent ($P = 0,38$), medan kontrollgruppens män uppvisar en något större förändring med 4,4 procent lägre värden i posttestet ($P = 0,07$). För kvin-

norna noteras mestadels små förändringar, dock några klart positiva i handledningsgruppen.

Enkäten

Av svaren på enkäten framgår att de inslag i handledningen som värderades högst var sådana som omfattat relationen till patienten. De flesta studenterna har sett gruppmötena som en ventil för svåra känslor som väckts både i kontakten med patienterna och i mötet med av-

delningspersonal och avdelningshandledare.

När det gällde frågan huruvida deltagandet i handledningsgrupperna hade påverkat synen på läkaryrket, patientarbetet och den egna personen svarade omkring hälften av studenterna ja. De angav att de blivit mer reflekterande över sin roll i samspelet med patienterna, att de fått mer insikt i de problem som kan möta en läkare och att de blivit mer observanta på etiska frågor.

Sammanfattningsvis visar enkätsvaren att flertalet deltagare i denna obligatoriska handledning tycker sig ha fått stöd och hjälp i mötet med den kliniska verkligheten på avdelningen, att de blivit mer reflekterande både kring sin roll och i samspelet med patienter och att de vill fortsätta handledningen på frivillig basis; tre studenter var klart negativa till handledningen.

DISKUSSION

Med hänsyn till det lilla antalet försökspersoner i varje grupp går det inte att dra några säkra slutsatser av resultaten, särskilt som inga signifikanta skillnader mellan handlednings- och kontrollgruppen framträder. Att vi ändå vill redovisa studien beror på att de tendenser som kommer till synes bland de manliga studerandena pekar på fenomen som uppmärksammats i internationell forskning kring läkarutbildningen, men som ännu inte påvisats i Sverige. Detta gäller förändringar i negativ riktning i fråga om patientorientering och förmåga till empati under utbildningstiden.

Flertalet deltagare, både kvinnor och män, i experimentgruppen lyckas enligt resultaten i affektavläsningsskalan behålla sin empatiska nivå under försöksperioden. Kontrollgruppens män visar en nedgång avseende både förutsättningar för empati och helhetssyn. Även de manliga deltagarna i handledningen får lägre värden i doktor-patientskalan vid posttestningen.

Det förefaller således som om de manliga läkarstudenterna har svårare att behålla dessa viktiga talanger och attityder än de kvinnliga. Intressant är att den mer kognitivt inriktade doktor-patientskalan – som gäller intellektuella, hypotetiska ställningstaganden – är den som gav minskande utslag i samma grad i båda grupperna av män. Handledningen har här inte förmått motverka en inriktning mot en mer auktoritär, sjukdomscentrerad attityd.

Resultaten i den affektivt inriktade affektavläsningsskalan antyder däremot att handledningen lyckats ge ett psykologiskt stöd för egna känslor och upplevelser som motverkar utvecklingen av rigida försvar. Detta är en nödvän-

dig förutsättning för såväl empatisk förståelse som empatiskt beteende/kommunikation.

Könsskillnader beaktade

Ytterligare ett skäl till att redovisa denna studie är att vi beaktat möjliga könsskillnader i de studerade variablerna. Detta är mindre vanligt i studier av detta slag. Dock finner vi att Marteau och medarbetare [13] i en undersökning av läkarstuderande från den första kliniska terminen redovisar resultat som tyder på att de studerandes kön var den mest signifikanta prediktorn vad gäller kommunikationsfärdigheter.

Resultaten från vår studie kan jämföras även med en Uppsalastudie [14], där kvinnliga läkarstuderande dels hade högre värden på affektavläsningsskalan före en utbildning i samtalsmetodik, dels ökade sina värden mer än deras manliga kamrater. Den kraftiga uppgången i affektavläsningsskalan hos ett par av kvinnorna i kontrollgruppen antyder att dessa bevarat och utvecklats sin känslomässiga öppenhet på egen hand.

Någon djupare förståelse av bakomliggande faktorer går det dock inte att få i denna kvantitativt upplagda studie. Kanske behöver män större insatser för att behålla/öka sin helhetssyn och empatiska förmåga än kvinnor, som tycks mer stabila härvidlag. De kvinnliga läkarstuderande kunde i stället kanske få stöd i att utforma sin läkar- och arbetsledarroll på ett personligt tillfredsställande sätt.

En viktig komponent i en utbildningsinsats som denna är lärarnas/handledarnas kompetens. I vår studie testades även handledarna med samma test som de studerande och hade med något undantag höga värden i både affektavläsningsskalan och doktor-patientskalan. Det fanns ett samband mellan studenternas bedömning av handledningsgrupperna och handledarens testvärde.

Ambivalens hos det akademiska systemet

Projektet hade formellt stöd från linjenämnd, klinikledning och sjukhus. Även om man till synes välkomnade projektet som en förstärkning av undervisningen, fanns en tydlig ambivalens. Det fick genomföras på villkor att inga extrakostnader drabbade befintliga utbildnings- och klinikanslag eller ordinarie klinisk verksamhet.

Flera i planeringsgruppen lämnade projektet under den långa förberedelse-tiden. Den främsta anledningen till dessa avhopp var bristande tilltro till att projektet skulle kunna genomföras och ha samma meriteringsvärde som annan forskning.

En del av de organisatoriska svårig-

heterna orsakades av att det formella stödet inte genomsyrade den kliniska verklighet i vilken läkarna och de studerande arbetade. Detta blev tydligt när projektet skulle dubbleras i syfte att utöka antalet studenter i studien, och projektsamordnare saknades på undervisningssidan.Handledningstimmarna fick då lägre prioritet. Projektet upprepades, men denna omgång gick inte att utvärdera på grund av skillnader i urval, deltagande och genomförande.

I syfte att skapa förebilder för studenterna hade det varit önskvärt att handledande läkare varit avdelningsläkare på studenternas avdelning för att bättre kunna anknyta till gemensamma patienter och situationer. Detta visade sig omöjligt, eftersom studenternas avdelningsplaceringar är kortvariga och även läkarnas placeringar och ledigheter varierar. I en framtid, då alla läkare kan vara handledare, skulle handledningsfunktionen kunna knytas till avdelningen; emellertid förlorar man då kontinuitet på läkarsidan. De grupper för problembaserad inlärning (PBI) som idag finns på allt fler undervisningssjukhus skulle kunna utgöra en självklar bas för integrerad handledning i patient-läkarrelation.

Urval av handledare skedde »underifrån», inte genom att sektionschefer tillfrågades om lämpliga läkare. Deltagarförteckning över läkare som genomgått kurs i samtalsmetodik var ett bra hjälpmedel; psykologiska test kan vara ett komplement vid valet av lämpliga handledare. Den handledning som handledarna själva kontinuerligt fick bidrog till att utbilda och undervisa dem. Samarbetet läkare-psykolog var nytt och lärorikt för alla parter. Den medvetenhet om studenternas situation och syn på undervisningen som förmedlats i grupperna har påverkat de handledande läkarna och återverkat på den dagliga undervisningen.

Hur underlätta handledning i framtiden?

Projektet planerades att fortsätta under hela utbildningen. Efter medicinterminen erbjöds handledning på frivillig basis, och alla studenter utom två uttryckte önskemål om att fortsätta i oförändrade grupper. Träffarna försvärades dock av att studenterna var placerade på olika sjukhus, hade studieuppehåll eller var lediga av andra skäl. En framtida möjlighet om handledning genomförs under hela utbildningen är att under de olika placeringarna inbjuda intresserade specialister till handledningstillfällena för att få en koppling till den aktuella kliniska verksamheten.

*

Projektet har fått ekonomiskt stöd av Stockholms läns landsting, HSN och

Skandia. Alvar Söderholm, HSN, har bidragit med aktivt stöd och råd vid projektplaneringen, professor Johan Cullberg med vetenskaplig rådgivning samt extern handledning av handledargruppen. De som deltagit i projektets vetenskapliga utformning och genomförande är psykologerna Agneta Bergsten-Brucefors och Lena Västberg samt läkarna Ragnhild Lindquist, Fredrik Lönnquist, Lars Nilsson, Per Salomonsson, Stefan Sjöberg, Per Stål, Charlotte Söderman och Eva Törnebohm, samtliga på dåvarande medicinkliniken, Huddinge sjukhus.

Referenser

1. Merton R, Reader GG, Kendall PL. The student physician. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1957.
2. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. Journal of Medical Education 1974; 49: 1023-30.
3. DelVecchio-Good MJ, Good BJ. Disabling practitioners: hazards of learning to be a doctor in American medical education. Am J Orthopsychiatry 1989; 59: 303-9.
4. Wolf TM. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. Med Educ 1994; 28: 8-17.
5. Alexander DA, Haldane JD. Medical education: a student perspective. Med Educ 1979; 13: 336-41.
6. Baron RJ. Bridging clinical distance: an empathic rediscovery of the known. J Med Philos 1981; 6: 5-23.
7. Holm U. Empati i läkar-patientrelationen. En teoretisk och empirisk analys. Uppsala Studies in Education 1985: 24.
8. Holm U, Aspegren K. Empatiutveckling bland läkarstuderande. Kliniska kurser kan påverka empatisk förmåga. Läkartidningen 1995; 92: 404-6.
9. Beloff JS, Korper M, Weinerman ER. Medical student response to a program for teaching comprehensive care. Journal of Medical Education 1970; 45: 1047-51.
10. Allison CJ, Pullen GP. Student discussion groups on doctor-patient relationships: a critical assessment. Med Educ 1981; 15: 392-6.
11. Holm U. The affect reading scale: a method of measuring prerequisites for empathy. Scandinavian Journal of Educational Research 1996; 40: 239-53.
12. de Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
13. Marteau T M, Humphrey C, Matoon S, Kidd J, Lloyd M, Horder J. Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students. Med Educ 1991; 25: 127-34.
14. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. 90 kr.

■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. 80 sidor. 75 kr.

■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. 95 kr.

■ MEDICINENS SPRÅK

Ett urval från Läkartidningens språkspalt under fyra år. Både stort och smått, dagsländor och "eviga" sanningar om sådana finns i språket. 32 sidor. 95 kr.

■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. 55 kr.

■ REHABILITERING

Gränsen mellan behandling och rehabilitering är inte skarp. Allt kliniskt arbete syftar till att främja ett normalt liv, vilket belyses i 27 artiklar. 96 sidor. 85 kr.

■ TRAUMATISK STRESS

Riskerna för att människor skall utsättas för traumatisk stress i form av extrema påfrestningar har ökat i vårt moderna samhälle. 14 artiklar. 40 sidor. 50 kr.

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer
 ex Våld och aggressivitet
 ex Enligt min erfarenhet
 ex Traumatisk stress

..... ex Missöden, misstag, missbruk
 ex Medicinens språk
 ex Rehabilitering

Namn

Adress

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19