

nösa medicineringen återspeglar den kliniska förbättringen av patienterna. Intressant är den kraftiga ökningen avseende statinbehandlade patienter från 33 procent preoperativt till 83 procent postoperativt. Förklaringen torde vara publiceringen av 4S-studien [7] under uppföljningstiden samt att behandlingsgränsen för S-kolesterol sänktes. Glädjande nog såg vi en signifikant minskning ($P < 0,05$) av totalkolesterolvärdet, från i genomsnitt 6,6 mmol/l preoperativt till 5,3 mmol/l postoperativt, vid uppföljande återbesök efter i genomsnitt 15 månader.

Praktiska och psykologiska fördelar att opereras »hemma»

Sammantaget tycker vi att vår kvalitetsssäkringsstudie talar för att den kranskärlskirurgi som bedrivs på Mälarsjukhuset håller en god kvalitet och att patienterna förefaller nöjda med den vård de erhåller.

Vårt koncept att operera lågriskpatienter på Mälarsjukhuset har inneburit god patientsäkerhet. För patient och anhörig har närheten till »hemsjukhuset» och den kontinuerliga kontakten med samma avdelning under den preoperativa utredningen och den postoperativa vården haft praktiska och psykologiska fördelar.

Referenser

1. Arén C, Bomfin V, Larsson S, Lindblom D, Ståhl E, Rådegran K et al. Hjärtkirurgin i Sverige tillräckligt utbyggd. Risk för dyr överetablering. *Läkartidningen* 1996; 93: 3981-7.
2. Bengtsson A. Oron värre än smärtan för hjärtpatienter i kö. *Läkartidningen* 1997; 94: 3506-8.
3. Rahimtoola S. Coronary bypass surgery for chronic angina -1981. A perspective. *Circulation* 1982; 65: 225-41.
4. Hosoda Y, Nukariya M, Watanabe M, Sasaguri S, Kazui M, Tahara M et al. Late results of coronary artery bypass surgery with maximal follow-up of 7 years: analysis of determinants affecting late survival. *Cardiovasc Surg* 1993; 1: 403-9.
5. Califf R, Harrel F, Lee K, Rankin S, Hlakty M, Mark D et al. The evolution of medical and surgical therapy for coronary artery disease. A 15-year perspective. *JAMA* 1989; 261: 2077-86.
6. Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM, Mahfood S, McHenry MC, Goormastic M et al. Sternal wound complications after isolated coronary bypass grafting: early and late mortality, morbidity and cost of care. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 179-87.
7. Scandinavian simvastatin survival study group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-9.

Alkoholprevention i sjukvården:

Metodik för screening och motiverande samtal

Alkoholprevention i sjukvården utgår från screening och består främst av motiverande samtal. Screening kan ske genom att rutinmässigt fråga om alkoholanor. Motiverande samtal innehåller två delar: dels bedömning av patientens beredskap till förändring, dels ett samtal anpassat till denna beredskap.

I allmänhet kräver alkoholproblem inte specialiserade behandlingsinsatser utan i första hand att någon uppmärksammar dem och föreslår en förändring. Flertalet människor med alkoholproblem har begränsade problem och god prognos.

Såväl huvudmannen som professionen bör driva alkoholpreventionen som en policyfråga, då det rör sig om en medicinsk metod som är dokumenterat effektiv och som reducerar vårdbehov och vårdkostnader.

Frågan om sjukvårdens möjligheter att bedriva sekundär prevention av alkoholproblem har uppmärksamats vid återkommande tillfällen under de senaste 15 åren.

Bland annat diskuterades saken utförligt i den alkoholpolitiska kommissionen 1994, där sjukvårdens huvudmän rekommenderades att satsa på tidig upptäckt av alkoholproblem, särskilt i primärvården.

Dessemellan har det dock varit ganska tyst i frågan och aktivitetsnivån har generellt varit låg – särskilt om man med sekundärprevention menar någon form av systematisk screening, följd av rådgivning för högkonsumenter.

Därför är det glädjande att frågan på senare år ånyo getts högre prioritet i svensk sjukvård. Detta tar sig uttryck i en rad verksamheter runt om i landet där man nu prövar olika vägar att förebygga och behandla alkoholproblem. Utvecklingen beskrivs väl i en serie artiklar i *Läkartidningen* 43/98, där såväl screeningmetoder som klinisk handläggning diskuteras. Föreliggande arti-

Författare

SVEN ANDRÉASSON
docent, överläkare, Beroendecentrum Nord, Stockholm

ASTRI BRANDELL EKLUND
distriktsläkare, Ektorps vårdcentral, Nacka.

kel kompletterar några av de teman som dessa artiklar tar upp.

Modeller för förändring

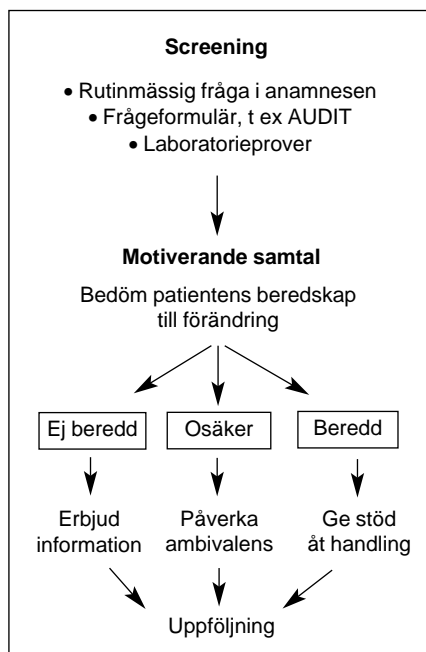
Läkare förespråkar ofta att deras patienter ska göra förändringar, inte minst i levnadsvanor såsom rökning, alkoholkonsumtion, kost och motion. Redan Hippokrates underströk att läkaren i sitt arbete skulle ägna särskild uppmärksamhet åt människors levnadsvanor, bl a ätande eller drickande i övermått.

En vanlig erfarenhet är att sådana hälsoråd inte följs. Inte heller behandling för beroendetillstånd leder i allmänhet till resultat, trots att såväl patient som behandlare gör stora ansträngningar. Samtidigt står det klart att människor ständigt gör förändringar. Hur ska detta förstås? Vad utlöser egentligen förändring?

Trots att tänkare inom filosofi, teologi och beteendevetenskap ägnat sig åt detta problem i årtusenden saknas fortfarande en sammanhängande teori för beteendeförändring. Likväl måste läkare agera då de möter patienter vars beteende utgör ett hot mot deras hälsa. Även om heltäckande sanningar fortfarande saknas, kan en rad viktiga iakttagelser och förändringsmodeller, formulerade inom olika forskningsfält, ge oss ett antal ledtrådar:

• *Mängden behandling är inte avgörande.* En slående iakttagelse från behandlingsforskningen på alkoholområdet är att behandlingsresultat inte är korrelerade till behandlingens längd eller intensitet. När jämförelser görs mellan omfattande behandling och begränsad behandling (ofta bara ett enda samtal) framkommer små eller inga skillnader i effekt.

Av särskilt intresse är de väldokumenterade effekterna av kort alkoholordgivning i sjukvården. Vad som före-



Figur 1. Principer för alkoholprevention i sjukvården (AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test).

faller hända i den begränsade interventionen är att denna i många fall är tillräcklig för att sätta igång individens inre motivationsprocesser.

• *Positiv förstärkning.* Hälsovådliga beteenden är ofta njutningsfyllda, och den mänskliga naturen är så funtad att man strävar efter att upprepa positiva upplevelser. Ska en mer hälsosam livsstil etableras måste den upplevas som mer belöande än den ohälsosamma. Av särskild betydelse är tidsaspekten. Kortsiktiga belöningar har en betydligt kraftfullare inverkan på beteendet än långsiktiga. Uppgiften för behandlaren är därför att tillsammans med patienten identifiera ett alternativt beteende som även på kort sikt ter sig lika attraktivt – det är sällan svårt att bli överens om att på lång sikt är hälsosamma beteenden att föredra.

• *Stärk självtilliten.* En förutsättning för att en förändring ska kunna äga rum är att individen först gjort bedömningen att hon är i stånd att genomföra förändringen. Självförtroende (self-efficacy) har, sedan Bandura lanserade detta begrepp 1977 [1], kommit att ses som en nödvändig – om än inte tillräcklig – förutsättning för förändring. Uppgiften för behandlaren är här att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring.

• *Hantera ambivalens.* Inför ett förändringsbeslut gör individen en beslutsavvägning, där fördelarna med olika handlingsalternativ vägs mot nackdelarna. Brist på handling är ofta resultatet av en oförmåga att hantera denna avvägning, varför individen fastnar i ett stadium av ambivalens [2]. Behandla-

rens uppgift är att stärka motiven för förändring och försvaga motiven för status quo. Detta kan exempelvis ske genom att hjälpa patienten att avlägsna hindren för förändring.

• *Framhåll diskrepans.* I enlighet med teorin om självreglering bör en upplevd diskrepans mellan faktiskt beteende och individens värderingar leda till en korrigerande [3]. Uppgiften för behandlaren är här att hjälpa patienten att inför sig själv tydliggöra denna diskrepans.

• *Förändra miljön.* Vissa förändringar omöjliggörs av en ogynnsam psykosocial miljö. Det kan då bli nödvändigt att arrangera om miljön. Detta är den övergripande tankegången i flera av de behandlingsmetoder för alkoholproblem som har det starkaste vetenskapliga stödet. Så sker exempelvis inom CRA-behandling [4] (Community Reinforcement Approach), där de psykosociala omgivningsfaktorer som styr individens beteende förändras för att förstärka ett nyktert levnadssätt. På motsvarande sätt kan en förändring av rökvanor och överkonsumtion av alkohol förutsätta förändringar i miljön.

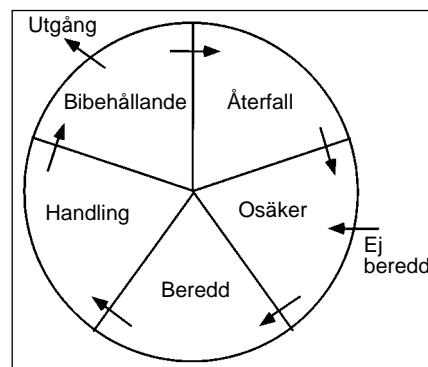
Screening

Aktuella studier visar att allmänläkare lägger ned en hel del arbete på alkoholberoende patienter. Däremot förekommer mycket lite organiserat sekundärpreventivt arbete baserat på screening. Alla studier som redovisat positiva resultat av sekundärprevention har dock utgått från screening i någon form.

I sin översiktsartikel i Läkartidningen 43/98 beskriver Dahl och Damström Thakker en rad screeningmetoder, såväl frågeformulär som laboratorieanalyser [5]; en efterföljande artikel av Bergman och medarbetare i samma nummer handlar särskilt om AUDIT-frågeformuläret (Alcohol Use Disorders Identification Test) [6].

Även om dessa metoder är av stort värde vill vi understryka att det naturliga är att använda den reguljära anamnesen som screeningmetod. I många fall kan frågor om alkoholvanor kopplas till orsaken till besöket. Frågorna kan initialt hållas mycket allmänna: »Dricker du alkohol?». För det stora flertalet patienter som bejakar denna fråga kan sedan ett kort samtal utvecklas, där sambanden mellan alkohol och det aktuella hälsoproblemet klargörs.

Ibland kan det vara av värde att öka precisionen genom att ställa några standardfrågor: »Hur många dagar brukar du använda alkohol under en normal vecka?», »De dagar då du dricker alkohol, hur mycket dricker du då?», »Hur ofta händer det att du dricker mer än fem glas vid ett och samma tillfälle?». Ett alternativ till dessa konsumtionsin-



Figur 2. Modell för beteendeförändring enligt Prochaska och DiClemente.

riktade frågor är att fråga om upplevda problem, exempelvis »Har du funderat över om dina alkoholvanor kan leda till hälsoproblem?», »Är du orolig över dina alkoholvanor?».

Motiverande samtalsmetodik

Många praktiker tycker att alkoholfrågan är speciellt svår att hantera därför att en del patienter blir defensiva eller irriterade då alkohol förs på tal. Detta kan i viss utsträckning bero på hur samtalet förs. Motiverande samtalsmetodik [7] är en patientcentrerad metod, där praktiken utan påtryckningar hjälper patienten att inför sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende. Med ökad klarhet reduceras den ambivalens som ofta präglar människors beteenden, och beslut om förändring underlättas.

För beteendeförändring är det avgörande att patienten – inte läkaren – fattar beslutet om förändring. Avgörande för patientens beslut att förändra sina alkoholvanor är att en omvärdering av upplevda fördelar och nackdelar med alkohol görs. Genom att välja samtalsstrategi utifrån patientens beredskap till förändring kan det motstånd som en del patienter annars utvecklar reduceras. Metoden är attraktiv för många praktiker därför att den är generaliserbar till ett flertal beteendeproblem.

Den motiverande samtalsmetodiken innehåller två steg (Figur 1). Det första är bedömningen av patientens beredskap till förändring. Det andra utgörs av ett samtal som är anpassat till patientens förändringsberedskap.

Beredskap till förändring

Vid bedömningen av patientens beredskap till förändring kan den modell för beteendeförändring som beskrevs av de amerikanska psykologerna Prochaska och DiClemente i början av 1980-talet vara en utgångspunkt [8]. I denna modell (Figur 2) beskrivs sex stadier i den process som människor genomgår då de gör förändringar i sitt beteende.

I det första stadiet är man omedveten

om behovet av förändring. I det andra stadiet börjar man överväga en förändring; man börjar här bli medveten om att beteendet inte bara medför fördelar utan också nackdelar. I det tredje stadiet fattar man ett principiellt beslut om att förändring är önskvärd och börjar förbereda sig för en sådan. Det fjärde stadiet är handlingsstadiet då man genomför den förändring man övervägt, exempelvis att sluta röka eller dricka mindre alkohol. Bibehållandet av det nya beteendet utgör sedan det femte stadiet. För flertalet rökare eller alkoholberoende personer avbryts detta stadium av ett eller flera återfall i det tidigare beteendet. Återfall är alltså det sjätte stadiet.

Dessa sex stadier kan beskrivas som ett cykliskt förlopp där man passerar igenom stadierna flera gånger innan ett nytt beteende etablerats. Prochaska och DiClemente fann exempelvis att rökare i genomsnitt gjorde fem allvarligt menade försök att sluta röka innan de uppnådde en bestående rökfrihet [8].

Det är av stor vikt att korrekt identifiera i vilket stadium av förändring som en person befinner sig, då de olika stadierna ställer olika krav på behandlare. Vid diskussion om alkoholvanor är det främst tre stadier som är av intresse: omedvetenhet, övervägande och förberedelse att gå till handling.

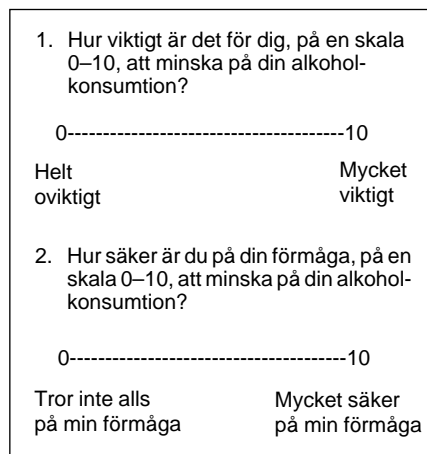
I ett inledande samtal med patienten söker man således klarhet i huruvida patienten överhuvudtaget betraktar alkohol som ett problem eller känner oro över sina alkoholvanor. En enkel men ofta givande strategi är att helt enkelt fråga patienten hur viktig han eller hon uppfattar en förändring av alkoholvanorna vara. Därefter får patienten beskriva med vilken säkerhet han eller hon tror sig kunna genomföra en förändring i drickandet om det bedöms vara nödvändigt. Detta kan åskådliggöras genom att patienten markerar sina svar på en VAS-skala (Figur 3).

Med dessa två frågor som utgångspunkt kan sedan ett utbyte av information ske, där patienten får hjälp med att inför sig själv klargöra var han eller hon står i sitt tänkande. Man kan här be patienten beskriva vad som är positivt med att dricka, för att sedan fråga om vad som är mindre positivt.

Rådgivning

Avgörande för effektiviteten i den rådgivning som sedan förmedlas är att behandlaren korrekt har identifierat patientens förändringsberedskap.

1. Om patienten är omedveten om alkohol som ett problemområde eller inte är intresserad av att diskutera frågan, bör samtalet begränsas till information. I sjukvården har man här ofta ett försteg framför andra vårdgivare, då man ofta kan koppla denna information till det



Figur 3. Två frågor för bedömning av beredskap till förändring.

aktuella besöket. Således kan man utgå från ett förhöjt blodtryck eller ett avvikande laboratorievärde och relatera detta till patientens alkoholvanor.

Syftet med informationen är att väcka patientens intresse och få igång en process som kan leda till att patienten kommer över i ett stadium av övervägande. Dock är det i detta stadium av ointresse eller omedvetenhet meningslöst att rekommendera patienten att göra någon förändring. Sådan rådgivning är dokumenterat ineffektiv och i värsta fall kontraproduktiv.

2. Övervägandestadiet är det vanligaste bland de högkonsumenter som kommer i kontakt med primärvården. Således finns ett medvetande om att alkoholkonsumtionen är hög och en viss oro över konsekvenserna av detta. Rådgivningen här bör syfta till att hjälpa patienten att inför sig själv klargöra vilka de upplevda fördelarna av alkoholkonsumtion är och ställa dessa i relation till upplevda nackdelar. Det är här också viktigt att kunna diskutera alternativ till alkohol för att uppnå dessa fördelar. Vanliga orsaker till att dricka för mycket är att man rör sig i sociala miljöer där alkoholen är en viktig del, eller att stressade personer använder alkohol för att koppla av.

Att kunna föra ett öppet samtal om dessa upplevda fördelar och vilka alternativ som står till buds kan för många människor underlätta att fatta beslut om att minska eller upphöra med sitt drickande. Man ska också vara medveten om att det för många högkonsumenter utan alkoholberoende inte är särskilt svårt att dra ner sin alkoholkonsumtion, bara de får en initial knuff i rätt riktning.

3. När det står klart att patienten redan har bestämt sig för att företa en förändring i sitt drickande men ännu ej kommit igång med detta, är uppgiften att underlätta handling. Här kan behandlaren spela en viktig roll genom att fråga efter patientens egna idéer och tydliggöra att det finns flera alternativ

att välja bland då man skall företa förändringar. Det kan här vara bra om man har någon liten skrift eller informationsfolder, som beskriver ett antal vanliga sätt att ersätta alkohol med andra aktiviteter.

Samtalsteknik

I den motiverande samtalsmetodiken använder man sig av ett antal tekniker vars syfte är att underlätta kommunikationen och öka förståelsen.

Öppna frågor. Om syftet är att öka förståelsen är öppna frågor att föredra framför slutna. Öppna frågor används för att få igång samtal, exempelvis: »Hur ser du på ditt drickande?» eller »Kan du berätta varför ... ».

Reflekterande lyssnande. Genom reflexion försäkras sig behandlaren om att han rätt har uppfattat vad patienten menar med sin berättelse. Reflexionen kan ses som en summering i syfte att förtydliga det sagda. Dels får patienten här en bekräftelse på att behandlaren har förstått, dels ger det patienten en chans att korrigera eventuella missuppfattningar. Reflexionen inbjuder också till att patienten utvecklar sin berättelse.

Uppmuntran. Den motiverande intervjun bygger på respekt för patienten och ett empatiskt förhållningssätt. I detta ingår att tydliggöra sitt stöd för patienten. Man kan således utan större åthävor bekräfta patienten, uttrycka att man tycker att det var starkt av patienten att orka ta itu med sin situation, etc.

Självmotiverande uttalanden. Under samtalet eftersträvar man att patienten själv uttalar behovet av en förändring, snarare än att behandlaren påtalar detta. Det har således större effekt om en människa hör sig själv säga att han måste göra något åt sitt drickande än att bli tillsagd av någon annan att göra det. Under samtalet försöker behandlaren att formulera sina frågor så att svaren på detta sätt blir självmotiverande. När exempelvis patienten besvarar frågan »Varför är du bekymrad över ditt drickande?» så bekräftar han för sig själv och för behandlaren att han är orolig över sitt drickande.

Diskussion

Alkoholproblem är varierande, över tid och mellan individer. De kan vara akuta och kroniska, ha olika svårighetsgrad och i varierande grad svara på behandling. De liknar därmed en rad andra hälsoproblem som den praktiserande läkaren ser dagligen och lämpar sig därför för långsiktig handläggning i primärvården. I allmänhet kräver alkoholproblem inte specialiserade behandlingsinsatser. Det viktigaste är att någon uppmärksammar dem och föreslår en förändring.

Alkoholproblem är vanliga. För de

ANNONS

flesta är de övergående och i många fall utan kontakt med det formella behandlingssystemet. Forskningen säger oss att spontan förbättring av alkoholproblem är betydligt vanligare än terapeutiskt förbättring [9]. Förbättringen är dock inte spontan i ordets vanliga bemärkelse. Oftast är den resultatet av påtryckningar från människor i individens omgivning, framför allt från familj och andra närstående, exempelvis arbetskamrater [10]. Det är uppenbart att även allmänläkaren kan spela en viktig roll som påtryckare. Många av de orsaker som för människor till sjukvården är alkoholrelaterade och ger läkaren ett rimligt skäl att väcka frågan.

För människor med begränsade alkoholproblem finns i praktiken inte något alternativ till insatser i primärvården. Den specialiserade alkoholvården är inte dimensionerad för eller inriktad på att ta hand om denna grupp. De problemdrickare det här rör sig om har i allmänhet betydande resurser och stabilitet i sina liv. De har kortare anamnes på problemdrickande. De saknar ofta flera av de för svåra beroendetillstånd karakteristiska symtomen, exempelvis svåra abstinensbesvär. De ser sig inte som »alkoholister». De söker ofta begränsa sitt drickande snarare än att sluta helt, och de har ofta motstridiga känslor beträffande sitt drickande. Flera av dessa inslag kan lätt feltolkas av behandlare som främst arbetar med svåra beroendetillstånd.

Ändå är det bara en mindre del av dessa människor som får hjälp för sina problem i primärvården. Det som kan verka naturligt – att människor med måttliga alkoholproblem skulle ha lättare att söka hjälp i primärvården än i alkoholvården – är i verkligheten inte alls så självklart, vare sig i Sverige eller internationellt [3].

De problem som uppmärksammas i primärvården är huvudsakligen av ganska tung art. Detta beror på att läkare och sköterskor inte rutinmässigt frågar om alkoholvanor såvida inte uppenbara problem föreligger. Därmed missar man så gott som alla personer med måttliga problem men utan yttre problemtecken.

Här finns alltså en paradox: Personer som har begränsade alkoholproblem har god prognos om de kommer till behandling, men de kommer inte dit. Istället lever de med sina alkoholproblem, med de risker detta innebär. Med åren kommer de ofta till rätta med sina problem, men ibland till ett högt pris av återkommande sociala problem, relationsstörningar, arbetsproblem och hälsoproblem.

Såväl huvudmannen som professionen bör driva frågan om alkoholprevention som en policyfråga. Ur professionens perspektiv handlar det om ett pro-

cessarbete för att övervinna de hinder som den enskilda läkaren kan känna inför att tillägna sig ett nytt arbetssätt – tidsbrist, tvekan om relevans och osäkerhet rörande metodik. Ur huvudmannens perspektiv handlar det om en medicinsk metod som är dokumenterat effektiv och som reducerar vårdbehov och vårdkostnader.

Referenser

1. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
2. Janis IL, Mann L. Decision-making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York: Free Press, 1977.
3. Monk A. Cyclic interaction: a unitary approach to intention, action and the environment. *Cognition* 1998; 68: 95-110.
4. Meyers RJ, Smith JE. Clinical guide to alcohol treatment: the community reinforcement approach. New York: Guilford Press, 1995.
5. Dahl G, Damström Thakker K. Så kan primärvården påverka patientens alkoholvanor. *Läkartidningen* 1998; 95: 4726-30.
6. Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar alkoholproblem. *Läkartidningen* 1998; 95: 4731-5.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991.
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5.
9. Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *Am J Public Health* 1996; 86: 966-72.
10. Room R. The US general population's experience of responding to alcohol problems. *Br J Addiction* 1989; 84: 1291-304.
11. McAvoy BR. Training general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1997; 32: 9-12.

Summary

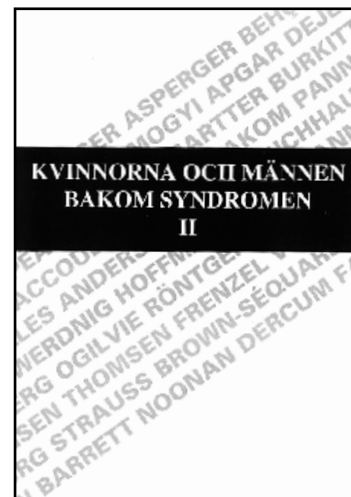
Health service prevention of alcohol abuse; methods for screening and motivational counselling

Sven Andréasson, Astri Brandell Eklund

Läkartidningen 1999; 96: 1594-8.

Health service prevention of alcohol problems is based on screening and primarily involves motivational counselling. Screening may take the form of routine enquiries about drinking habits. Motivational counselling consists in two parts, assessment of readiness to change, and counselling adapted to the readiness to change. Alcohol problems do not generally require intervention by a specialist, but rather by an observer who suggests a change. Doctors and health care authorities alike should pursue the prevention of alcohol problems by such methods as a matter of policy, as this is a demonstrably effective approach which would enable both the need and costs of health care to be reduced.

Correspondence: Associate Professor Sven Andréasson, Beroendecentrum Nord, Box 6401, SE-113 82 Stockholm, Sweden.



Ännu en syndrombok!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i *Läkartidningen* under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till *Läkartidningen*, Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19