

# Goda resultat av satsning på hjärtsviktsvården i Malmö

Akuta sjukhusinläggningar ner med 24 procent

**Viktiga komponenter i den genomgripande förändring av hjärtsviktsvården som vidtagits i Malmö är välutbildad personal, utbildning av patienter och anhöriga, patienternas egen kontroll av sjukdomstillståndet samt ett samarbete som fungerar mellan specialistvården och primärvården. Vid sjukhusets hjärtsviktsenhet finns slutenvårdsplatser, dagvård, sjuksköterskemottagningar och egna laboratorier. Dessutom finns det en särskild avdelning för äldre hjärtsviktspatienter.**

**Sedan början av 1990-talet har behovet av sjukhusinläggningar för hjärtsvikt minskat med 24 procent, antalet vård dagar har minskat med 32 procent.**

Hjärtsvikt ökar i befolkningen som en följd av dels att allt fler människor når mycket hög ålder, dels att modern hjärtinfarktvård leder till minskat antal dödsfall i direkt anslutning till det akuta infarktförloppet. Hjärtsviktsvården ger upphov till 1–2 procent av alla inläggningar på sjukhus. Vid undersökningar i USA [1], Frankrike [2], Storbritannien [3] och Nederländerna [4] har det visat sig att minst två tredjedelar av kostnaden för hjärtsviktsvården betingas av det stora behovet av sjukhusinläggningar [5].

Det finns anledning att tro att siffran

## Författare

BO ISRAELSSON

docent, överläkare, hjärtsviktsenheten, hjärtkliniken

MAREK WROBLEWSKI

med dr, överläkare, invärtesmedicinska kliniken; båda vid Universitetssjukhuset MAS, Malmö

GÖRAN ILESTAM

chefsöverläkare, vårdcentralen Eden, Malmö.

är likartad i Sverige. Socialstyrelsens expertgrupp gjorde 1994 en prognos (SoS 1994:3), där det beräknades att antalet vård dagar för hjärtsvikt inom slutenvården successivt skulle öka från 205 500 vård dagar 1989 till 218 400 år 1995, och så småningom till 225 400 dagar år 2000. Samma utveckling har skett i andra länder. Statistik från Nederländerna visar t ex att antalet vård dagar för patienter med hjärtsvikt har ökat från 361 400 år 1985 till 389 347 år 1989, och till 394 589 år 1995.

## Återinläggningar en stor del

Återinläggningar utgör en avsevärd del av det totala antalet inläggningar. Detta beror bl a på att hjärtsviktspatienter inte har en konstant symptomatologi utan i stället karakteriseras av återkommande perioder av försämring. Undersökningar har visat att detta orsakas bl a av bristande följsamhet till medicineringen, av okunskap om behovet av restriktioner i vätskeintaget och av infektioner [6].

Även om patienterna under stabila omständigheter har en utmärkt behandling med en kombination av ACE(angiotensinkonvertas)-hämmare, digitalis, diuretika och i vissa fall även betablockerare uppkommer behov av inläggning på grund av att det helt enkelt saknas beredskap hos såväl patienten själv som anhöriga och sjukvården för att klara av tillfälliga försämringar. Ofta hinner tillståndet försämrats så mycket att patienter förs in till akutintag i ambulans. Detta leder till både en otrygg och ångestfylld situation för patienten och höga kostnader för sjukvården.

## Som diabetesvården för 20 år sedan

Situationen för hjärtsviktspatienter har hittills liknat den som diabetiker befann sig i för 20 år sedan. Även diabetespatienter karakteriseras av perioder med försämrad reglering orsakad av bristande följsamhet till såväl icke-farmakologisk som farmakologisk behandling, infektioner m m.

Problemet löstes då vi började utbildade diabetikerna att själva monitorera sitt tillstånd, med möjligheter till dosjustering av insulin vid behov, t ex vid infek-

tioner, och då vi skapade ett skyddsnät med utbildade diabetessjuksköterskor vid sjukhusen och inom primärvården.

Analogin mellan diabetes och hjärtsvikt beskrivs i Figur 1.

## Första bästa lediga säng

Problemet har länge varit att diagnoser som hjärtsvikt och slaganfall inte ägnats tillräckligt stort intresse av invärtesmedicinare och kardiologer. Detta har återspeglats i att uppbyggnaden av specialenheter för dessa tillstånd har gått långsamt, trots att slaganfall och hjärtsvikt är två av de allra mest krävande av de medicinska diagnoserna när det gäller resurser. Hjärtsviktspatienternas öde har alltför ofta varit att bli placerade i första bästa lediga säng, de har fått intravenös diuretikabehandling och därefter skrivits ut snabbast möjligt. Detta i förening med brister i vårdkedjan sjukhus-primärvård har lett till att hjärtsviktspatienter »hängt i luften» och blivit »svängdörrspatienter» på sjukhusens akutintag.

Undersökningar av problematiken i Malmö i slutet av 1980-talet [7] och i Stockholm i början av 1990-talet [6] har visat att akuta återinläggningar varit vanligt (37–51 procent under ett års uppföljning) och att ju kortare vårdtillfällena var, desto större var risken för snar återinläggning [7]. Efter införandet av ACE-hämmare i den terapeutiska arsenalen och kliniska studier i samband därmed har emellertid intresset för diagnosen hjärtsvikt ökat.

## Rätt diagnos och rätt farmakologisk behandling räcker inte

Forskningen kring hjärtsvikt har visat att graden av neurohormonell aktivering är mycket viktig för prognosen, och att mediciner som hämmar denna aktivering har en livsförlängande effekt förutom att de leder till symtomlindring och ett minskat behov av sjukhusinläggningar. Genom att hjärtsviktsintresserade läkare varit engagerade i olika studier med ACE-hämmare, angiotensin II-receptorblockerare och betablockerare har frågan om den farmakologiska behandlingen stått helt i förgrunden.

Frågan om vilket omhändertagande

som är optimalt har inte rönt samma uppmärksamhet. Ett hinder har varit att man ofta ansett sig behöva nya resurser för ett förbättrat omhändertagande, något som har varit svårt i tider med sämre ekonomi.

### Malmömodellen

Vår modell, som vi sedan 1992 steg för steg utvecklat för hjärtsviktsvården i Malmö, bygger på att ett omfattande nät av aktiviteter ställs till hjärtsviktspatienternas förfogande. Hörnstenarna utgörs av hjärtkliniken speciella hjärtsviktsenhet samt ett gemensamt vårdprogram omfattande både specialist- och primärvård. Sist men inte minst bedömer vi det som mycket viktigt med en ökad kunskap hos patienterna om egen monitorering, icke farmakologisk behandling och egenjustering av diuretika, samt i vissa fall stöd från distrikts-sjuksköterskor. Ett villkor från allra första början var att det förbättrade omhändertagandet skulle förverkligas utan att kostnaderna ökade för sjukvården.

### Bättre vård till lägre kostnader

År 1992 tog hjärtkliniken över ansvaret för hjärtsviktspatienterna, som tidigare vårdats vid olika sektioner på medicinkliniken. Under det första året bedrevs vården vid en konventionell vårdavdelning med sedvanlig personalsammansättning, men redan från starten presenterade vi en vision om vart vi önskade att utvecklingen skulle leda.

Målsättningen som den formulerades då var »att genom en integrerad slut- och öppenvårdsaktivitet optimera både det kort- och det långsiktiga omhändertagandet av hjärtsviktspatienter, och att bygga upp ett eftervårdsprogram som minskar dessa patienters risk att dö och som dessutom reducerar behovet av fortsatt sjukvårdskonsumtion, samtidigt som det medför en förbättrad livskvalitet för patienterna».

I oktober 1993 började förändringen genomföras.

Grundläggande var att till oförändrad eller sänkt kostnad höja kompetensen hos vårdpersonalen. Detta skedde genom att endast personal med minst sjuksköterskeutbildning ingick i bemanningen. Vid »primary nursing», som är ett utmärkt sätt att förbättra vårdkvaliteten, tar sjuksköterskor hand om all vård av ett mindre antal patienter. Det skapar ansvarskänsla och nära relation, vilket patienter värdesätter mycket. Detta i förening med datoriserad omvårdnadsdokumentation har gjort att rapporteringstiden i stort sett kunnat tas bort, vilket i sin tur medfört att det blivit tid över på eftermiddagen till sjuksköterskemottagningar.

Uppföljning inom kort tid, vanligen redan efter en vecka efter utskrivning,

#### Diabetesvård

Basen är icke-farmakologisk behandling

Insulindosen variabel

Påverkas av infektioner, varierande fysisk aktivitet, ordinationsföljksamhet etc

Patientutbildning är en hörnsten i behandlingen

Monitorering av blodsocker och urinsocker sker regelbundet av patienten själv

Egenjustering av dosen insulin är vanligt

Diabetessköterskor är vanliga

#### Hjärtsviktsvård

Basen är icke-farmakologisk behandling, ACE-hämmare, digitalis och i speciella fall betablockerare

Diuretikadosen variabel

Påverkas av infektioner, varierande fysisk aktivitet, ordinationsföljksamhet etc

Utbildning av patienter är sällsynt

Monitorering med t ex viktkontroller är ovanligt

Egenjustering av dosen diuretika är sällsynt

Hjärtsviktssjuksköterskor är fåtaliga

**Figur 1.** Jämförelse mellan diabetes och hjärtsvikt, där diabetesvårdens organisation är en god förebild i många avseenden.

är mycket viktig för hjärtsviktspatienten, eftersom rätt dos diuretika sällan kan ställas in under sjukhusvistelsen. Efter hemkomsten sker i regel förändringar i fysisk aktivitet och i ät- och drickmönster, vilket gör att dosjusteringar ofta krävs redan inom någon vecka.

Ett annat skäl för avdelningsanslutna sjuksköterskemottagningar är att inställningen av ACE-hämmare inte behöver göras klar medan patienten ligger inne. Fullständig stabilisering behöver inte inväntas vad beträffar vikt, serumkreatinin eller andra prov under vårdtiden. Sjuksköterskemottagningarna tillgodoser också patientens behov av trygghet och möjlighet till rådfrågning.

Ett påtagligt hot mot denna service utgjorde emellertid vårt föråldrade system med patientjournaler som sällan var till hands just när patienten behövde hjälp. En viktig komponent i vårt nya system var därför att införa en datoriserad omvårdnadsjournal. Denna journalföring gör att sjuksköterskorna oftast kan fatta beslut direkt efter samtal med patienterna. Sist men inte minst utgör sjuksköterskemottagningarna den naturliga mötesplats som ger möjlighet till fortsatt utbildning av patienterna.

### Patientutbildning

Vid alla kroniska sjukdomar krävs att patienten och hans/hennes närmaste anhöriga är delaktiga i ansvaret för sjukdomens skötsel. Detta kan uppnås endast om de är väl informerade och genom att det finns ett system för att hålla kunskapen och ansvarskänslan för egenvården vid liv. I »hjärtboken» skall patienterna föra in sin vikt, som kontrolleras minst en gång i veckan eller oftare om allmäntillståndet försämras på något sätt. Man kan med lätthet ge pati-

enterna ett regelverk för hur de själva skall justera sin diuretikados om vikten går upp eller ned på ett sätt som inte med lätthet går att tillskriva någon annan orsak, t ex ändrad aptit. Dessutom finns i hjärtboken uppgifter om vilken sjuksköterska som skall kontaktas om patientens egna åtgärder inte räcker.

Om man ger sig tid och visar intresse är det vår erfarenhet att psykiskt vitala patienter ganska snabbt tillägnar sig både goda kunskaper om medicineringen och dess verkningar och färdigheter om icke-farmakologisk behandling, egenjustering av diuretika m m.

Sjuksköterskorna får kontinuerlig utbildning och genomgår ett formellt prov beträffande teoretiska kunskaper och kunskaper att rätt bedöma auskultationsfynd av lungorna. Efter ett års tjänstgöring och godkänd tentamen erhåller de en uppmuntran bestående av en löneförhöjning på 800 kronor per månad samt en delegering att själva ansvara för diuretikajusteringar. Den teoretiska inläringen är kopplad till 46 frågor, svaren på vilka står att finna i Socialstyrelsens skrift om hjärtsvikt utgiven 1994 (SoS 1994:3).

Eftersom så många som 16 sjuksköterskor på dagen och två på natten är involverade har inte generella delegeringar omfattat justeringar av ACE-hämmare och betablockerare, vilket förekommer vid andra sjukhus där blott en eller två sjuksköterskor är engagerade vid hjärtsviktsmottagningen. Vid hjärtsviktsenheten i Malmö deltar fyra sjuksköterskor i ett projekt för Kredexupptitreringar, och alla sviktssjuksköterskor gör upptitreringar av ACE-hämmare ef-

**Tabell I.** Antal vårdtillfällen med diagnosen hjärtsvikt (428 A-X) vid Universitetssjukhuset MAS 1987–1996.

År	Vårdtillfällen akutvårdsavdelning	Vårdtillfällen vårdavdelning	Återinlagda en eller flera gånger under ett år, procent <sup>1</sup>	Vård dagar	Medelvård dagar
1987	1 037	857	15	8 289	9,7
1988	1 183	1 035	15	10 570	10,2
1989	1 099	910	13	10 392	11,4
1990	1 237	1 000	16	10 660	10,7
1991	1 210	1 001	14	9 888	9,9
1992	932	750	14	9 237	12,3
1993	1 067	845	9	8 594	10,2
1994	1 017	745	11	8 226	11,0
1995	1 058	884	9	9 257	10,5
1996	935	760	15	7 250	9,5

<sup>1</sup> Siffrorna anger procentandel patienter som behövt återinläggas ett visst kalenderår, dvs under en observationstid på i genomsnitt 6 månader.

ter direktiv i epikriser eller enligt andra tillfälliga delegeringar från läkare.

Att delegera vissa bestämda arbetsuppgifter till sjuksköterskor, som just inom detta speciella område erhållit specialutbildning, fungerar mycket ändamålsenligt. Ett undantag från detta gäller patienter med multiorgansjukdom, som oftast har en komplicerad sjukdomsbild som kräver omfattande polyfarmaci samt ytterligare medicinsk utredning och uppföljning. Denna patientgrupp koncentreras i första hand till en särskild avdelning på invärtesmedicinska kliniken.

### Egna laboratorieresurser

Hjärtsviktsenheten har eget laboratorium för transtorakal och transesofageal ekokardiografi. På avdelningen finns även laboratorium för arbets-EKG och kardiopulmonellt arbetsprov. Dessutom utförs undersökningar för hjärtinfarktavdelningens och thoraxavdelningens räkning. Ytterligare en (externt finansierad) laboratorieassistent är engagerad för forskningsuppdrag.

Laboratorieassistenternas ekokardiografiska undersökningar spelas in på video, varefter deras preliminärutlåtanden granskas varje dag av en erfaren läkare. Därmed sker en kontinuerlig vidareutbildning av laboratorieassistenterna. De transesofageala ekokardiografiska undersökningarna görs av specialutbildade läkare vid hjärtkliniken. Det egna laboratoriet är viktigt också för att optimera patientflödena i anslutning till dagvårdsverksamheten.

### Dagvård

Normalt sett finns både slutenvård och öppenvård att erbjuda patienterna. Ofta blir vårdtiden upp emot en vecka, även för de minst komplicerade fallen. Dagvården kan i många fall innebära ett utmärkt alternativ. Varje dag efter rondan tar en specialistläkare emot två dagvårdspatienter efter provtagning, ekokardiografiundersökning eller annat

som i förväg planerats beroende på remiss från primärvården, från annan avdelning, från akutkliniken eller från vår egen vårdavdelning. Insättning av betablockare och ACE-hämmare i komplicerade fall lämpar sig mycket väl för dagvårdsverksamhet.

### Samarbete med invärtesmedicinska kliniken

När hjärtsviktsenheten planerades stod det klart för oss att de 16 vårdplatserna måste användas effektivt och inte upptas av patienter med multiorganproblematik, där hjärtsvikt endast är en liten del av problematiken. Redan tidigare hade man på en avdelning för akutgeriatrik noterat att hjärtsvikt var den vanligaste förstadiagnosen hos de inläggande patienterna.

Sjukvårdsförvaltningen i Malmö var därför framsynt och öppnade i början av 1995 ytterligare en akutgeriatrisk avdelning där hjärtsviktpatienter utgjorde den största gruppen. Uppdelningen av patienter till hjärtsviktsavdelningen på hjärtkliniken respektive geriatrika kliniken reglerades i ett avtal, vilket innebär att företrädesvis yngre patienter med behov av särskild diagnostik, möjligheter till egenkontroll och dosjustering av diuretika eller behov av arytmiövervakning hänvisas till hjärtsviktsenheten. Äldre patienter med multiorgansjukdom och behov av specialistbedömning avseende funktionsnedsättning av icke-kardiell orsak inläggs på geriatrika kliniken. Om någon patient placeras »fel» görs omflyttningar endast i undantagsfall. Under våren 1997 skedde en omorganisation vid sjukhuset; den akutgeriatriska som nämnts ovan ingår numera i invärtesmedicinska kliniken.

Under 1996 vårdades på hjärtsviktsenheten vid hjärtkliniken totalt 709 patienter, varav 382 hade hjärtsvikt som förstadiagnos. På hjärtinfarktavdelningen vårdades 76 patienter med hjärtsvikt som förstadiagnos, medan de res-

terande 302 hjärtsviktpatienterna vårdades på sjukhuset i övrigt. Totalt 159 av dessa resterande 302 vårdades på den speciella akutgeriatriska avdelningen, ytterligare 92 på en annan geriatrisk avdelning. Endast 51 patienter med förstadiagnosen hjärtsvikt vårdades på andra enheter än hjärtkliniken och geriatrika kliniken.

### Gemensamt vårdprogram

Sedan 1995 har ett gemensamt vårdprogram för hjärtsvikt gällt i Malmö. Programmet utarbetades av en arbetsgrupp sammansatt av representanter för privatkardiologer och allmänläkare inom primärvården samt specialister från sjukhuset. Arbetet att ta fram programmet skedde i processform. Förslaget presenterades därefter vid ett stormöte med deltagande av ett knappt hundratal läkare från Malmö.

Vårdprogrammet omfattar anvisningar angående faktorer att beakta vid anamnesupptagning, NYHA (New York Heart Association)-klassificering, statustagning, laboratorieprov, kliniskt fysiologiska undersökningar och röntgen. Vidare ges principiella råd om icke-farmakologisk och farmakologisk behandling vid olika grad av systolisk och diastolisk hjärtsvikt. Detaljer finns om de olika vårdgivare som kan komma ifråga i Malmö.

Emellertid krävs en ständigt pågående process för att hålla programmet aktuellt vad beträffar såväl innehåll som följsamhet från kollegernas sida. Vintern 1996–1997 genomfördes därför en enkät för att se hur läkare skötte sina hjärtsviktpatienter. Den nådde 54 läkare vid 33 vårdinrättningar. Varje läkare beskrev tio konsekutiva hjärtsviktpatienter enligt en bestämd mall. Endast läkare som ansåg sig ha tid och lust ställde upp, vilket förstas ledde till en viss bias.

Med denna reservation framgick bl a att man ansåg diagnosen hjärtsvikt fastställd i 94,4 procent, etiologin känd i 85,5 procent, att NYHA-bedömning gjordes i 73,3 procent, att ACE-hämmare ordinerades i 52,8 procent och att maldos för respektive ACE-hämmare uppnåddes i 50,1 procent.

### Behovet av slutenvård

I Malmö har sedan 1991 såväl behovet av intagning på akutkliniken som antalet vård dagar på Universitetssjukhuset MAS minskat. Detta har skett trots att den förväntade ökningen av antalet personer i mycket hög ålder, över 80 år, har skett. År 1987 var antalet 11 048, varefter siffran successivt har stigit till 13 939 år 1995. Antalet patienter som sökte akut för hjärtsvikt på MAS år 1990 var 1 237; sex år senare hade siffran sjunkit till 935 (–24 pro-

**ANNONS**

cent). Färre patienter behövde också läggas in för hjärtsviktsvård. År 1990 var antalet 1 000; år 1996 var det 760 (-24 procent). Även vårdkonsumtionen mätt i antal vård dagar minskade från 10 660 till 7 250 (-32 procent) (Tabell I).

Eftersom invånarantalet i Malmö har ökat successivt från 233 887 år 1990 till 248 007 år 1996 blir siffrorna uträknat per 1 000 invånare ännu mera slående. Antalet patienter per 1 000 invånare som sökte akut för hjärtsvikt på Universitetssjukhuset MAS år 1990 var 5,29. Sex år senare var motsvarande siffra 3,77 (-28 procent). Antalet inläggningar och vård dagar hade beräknat på motsvarande sätt minskat med 28 procent, antalet vård dagar hade minskat med 36 procent mellan 1990 och 1996.

Om Socialstyrelsens prognos från 1994 slagit in och omsatts till Malmöförhållanden skulle ca 11 000 vård dagar ha krävts i Malmö år 1996 enbart för patienter med hjärtsvikt. Eftersom varje vård dag beräknas kosta ca 3 000 kronor innebär det minskade behovet av slutenvård för enbart hjärtsvikt i Malmö en årlig besparing på ca 12 miljoner kronor.

Andelen patienter som under ett och samma kalenderår behövt återinläggas minskade under åren 1993-1995 (Tabell I). Observera att tabellen anger procent återinläggningar efter i genomsnitt sex månaders observationstid. Under 1996 har siffran ökat igen av orsak som vi ännu inte har analyserat.

### Varför minskar behovet av slutenvård?

Vilka som är orsakerna till det minskade behovet av slutenvård kan inte beskrivas i detalj. Sannolikt har flera samverkande faktorer haft betydelse. Reduktionen har med all sannolikhet berott på ökad användning av ACE-hämmare, gemensamt vårdprogram, förbättrad organisation och ett effektivare skyddsnät med ett diversifierat utbud av tjänster som förhindrar att patienter spårar ur till den grad att sjukhusinläggning krävs. Att hjärtsviktsvården koncentreras till en slutenvårdsavdelning som också har dagvård och sjuksköterskemottagningar spelar troligen också in.

Andra viktiga faktorer som med säkerhet haft betydelse för att inte försätta patienter i livshotande tillstånd med svår hjärtsvikt är förbättrad patientutbildning med monitorering av vikt, andfåddhetsgrad och bensvullnad, samt möjligheter för patienterna att själva justera diuretikadosen. Vidare har vi haft ett gott samarbete med distrikts-sjuksköterskor beträffande kontroller av medicinering och status hos äldre patienter med multiorgansjukdom.

Ett tydligt intresse hos distriktsläkare har varit viktigt för såväl diagnostik som behandling. Erfarna privatkardiologer är också en bra resurs som kompletterar den offentliga sjukvården. Samarbetet har ytterligare fördjupats under det senaste året, då de fem privatkardiologerna slutit vårdavtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Malmö.

Eventuellt kan en striktare diagnos-sättning genom det ökade bruket av ekokardiografi spela en roll, i det att en del patienter som preliminärt fått diagnosen hjärtsvikt kunnat frias från denna efter undersökning.

### Slutsatser

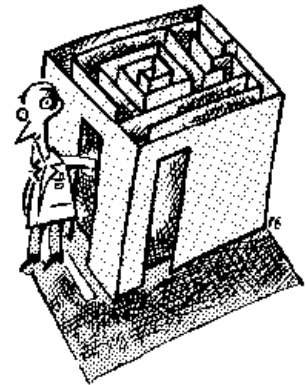
Mycket återstår att göra vid kroniska sjukdomstillstånd som hjärtsvikt, inte bara när det gäller att ställa rätt diagnos och att ordinera bästa möjliga mediciner. Förebyggande åtgärder mot hjärtsvikt är sannolikt också mycket viktiga. Att upptäcka latent svikt kan ske t ex genom att med ekokardiografi undersöka patienter med etablerad kranskärlssjukdom.

Stora vinster kan nås både i livskvalitet för patienterna och minskade behov av slutenvård om det skapas vårdkedjor med god samverkan mellan kliniker inom sjukhuset och mellan sjukhus och primärvård.

Ett optimalt utnyttjande av personal som genom ökad utbildning bemyndigas att ta ökat ansvar, i vissa fall distrikts-sjuksköterskors medverkan och fullt utnyttjande av patienternas eget intresse till egenvård torde vara av avgörande betydelse.

### Referenser

- O'Connell JB, Bristow MR. Economic impact of heart failure in the United States: time for a different approach. *J Heart Lung Transplant* 1993; 13: S107-12.
- Launois R, Launois B, Reboul-Marty J. Le coût de la sévérité de la maladie: le cas de l'insuffisance-cardiaque. *Journal d'Economie Medicale* 1990; 8: 395-412.
- McMurray J, Hart W, Rhodes G. An evaluation of the cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *British Journal Medical Economics* 1993; 6: 91-8.
- van Hout BA, Wielink G, Bonsel GJ. Effects of ACE inhibitors on heart failure in The Netherlands: a pharmacoeconomic model. *PharmacoEconomics* 1993; 3: 387-97.
- McMurray J, Davie A. The pharmacoeconomics of ACE inhibitors in chronic heart failure. *PharmacoEconomics* 1996; 9: 188-97.
- Persson H, Malmqvist K, Carlsson A, Rehnqvist N, Lundman T. Allt fler drabbas av hjärtsvikt. Bättre behandling och information behövs. *Läkartidningen* 1994; 91: 3251-4.
- Cline C, Broms K, Willenheimer R, Israelson B, Erhardt L. Hospitalization and health care costs due to congestive heart failure in the elderly. *Am J Ger Cardiology* 1996; 5: 10-4.



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19