

Akutsjukvården kräver starkare internmedicinska resurser

En väsentlig och stor del av akutverksamheten hanteras inom ramen för internmedicin. Med utgångspunkt i olika klinikers erfarenheter och en remissomgång har det internmedicinska akutuppdraget formulerats. Ett antal synpunkter och ställningstaganden har samlats; lösningar med s k akutläkare bedöms ej vara en hållbar modell, arbetsmiljön måste prioriteras, alla grenspecialister behöver medverka i jourarbetet, och därför är det viktigt att bibehålla en bred basutbildning samt att förstärka den akutmedicinska fortbildningen.

ULF HÅLLMARKER
funktionschef, internmedicin, infektion, kardiologi och geriatrik, Hälso- och sjukvården i Dalarna, överläkare, medicinkliniken, Mora lasarett, samt ordförande i Svensk internmedicinsk förening (ulf.hallmarker@ltdalarna.se)

CLAES GUSTAFSSON
verksamhetschef, överläkare, medicinkliniken, Kärnslukhuset, Skövde

PER-OLOF HANSSON
verksamhetschef, överläkare, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

STAFFAN MAGNUSSON
verksamhetschef, överläkare, medicinkliniken, Sundsvalls sjukhus

HANS NILSSON
verksamhetschef, överläkare, medicinkliniken, Bergslags sjukhuset, Fagersta

■ Omkring hälften av alla akuta fall på sjukhusens akutmottagningar, oberoende av sjukhusets storlek, hör till det internmedicinska fältet. Medianålder för inlagda patienter är omkring 70–75 år. Många har flera sjukdomar eller besvär från flera organ samtidigt och är i behov av fortsatta livslånga medicinska insatser. Antalet jourfall har på senare år varit konstant på flera sjukhus, medan en ökning har skett på andra [1].

Generellt gäller dock att belastningen på medicinjourerna har ökat. Patienternas första timmar på sjukhuset präglas av fler akuta åtgärder, och de ineliggande med komplicerade behandlingar påkallar oftare medicinjurens uppmärksamhet. Internmedicinarna tvingas också ta sig an patienter som den samlade hälso- och sjukvården i övrigt inte klarar, liksom problem som uppkommer på grund av bristande sociala resurser i samhället. Följden blir överbelastade avdelningar, dålig arbetsmiljö och otillräcklig tid till det egentliga specialiserade internmedicinska

arbetet på mottagningar och avdelningar.

Artikeln bygger på remissvar från ett 30-tal medicinkliniker och kommentarer som lämnats från grenspecialistföreningarna, den nybildade akutmedicinska föreningen och från allmänläkarföreningen.

Svensk internmedicinsk förening har även i tidigare inlägg lyft fram dessa frågeställningar [2, 3].

Akuta episoder kan ej avgränsas

Akutuppdraget omfattar alla livshotande, potentiellt livshotande eller andra akuta tillstånd för vuxna patienter där snabbt internmedicinskt omhändertagande krävs för att bota eller lindra. Riksdagens prioriteringsbeslut fastslår att dessa patientgrupper är högst prioriterade. En stor del av de akuta internmedicinska tillstånden handlar om exacerbationer av kronisk sjukdom. Att avgränsa akuta episoder från övrig internmedicin går ej utan att riskera en deletär isolering av den akuta verksamheten.

Den akuta internmedicinska insatsen bör, om den ska vara relevant, bedömas påverka förloppet i positiv riktning och gynna patienten ur ett helhetsperspektiv. En allmän medicinsk och etisk bedömning bör föregå ett beslut om insats. Bedömningen ska om möjligt göras innan transport till medicinsk akutmottagning sker. Beslutet kan i vissa fall innebära att man avstår från åtgärder, då dessa ur ett nyttoperspektiv inte anses medicinskt försvarbara. Äldrade patienter bör i möjligaste mån inte förflyttas, utan i stället ges god vård och omvårdnad i sitt ordinarie boende.

Allmänläkarföreningen bekräftar att ansvaret för denna typ av bedömning ligger inom distriktsläkarnas ansvarsområde. Allmänläkarna menar att en välutbyggd primärvård skulle kunna förhindra en del akutinläggningar. Detta är också en grundtanke i den nationella

handlingsplanen [4]. Framtiden får utvisa om den tänkta resursförstärkningen till primärvården kan reducera trycket på medicinklinikerna. En tydlig avgränsning av det internmedicinska akutuppdraget gentemot primärvården måste eftersträvas och bör ske utifrån lokala förutsättningar.

Rätten till diagnos måste värnas

Det internmedicinska akutuppdraget omfattar diagnostik, initiering av behandling, information till patienten och konsultstöd. Rätten till diagnos måste värnas. En viss observations-, utrednings- och behandlingstid är nödvändig. Den tid som krävs är beroende av patientens symtom, övriga sjukdomar och lokal sjukvårdsorganisation. Ofta kan den akuta vårdperioden inskränkas till några få dygn.

Omvårdnaden på sjukhus måste begränsas, eftersom patienten ska ha rätt och möjlighet att utan dröjsmål återvända till sitt ordinarie boende. På denna punkt finns komplikationer i Ädelagstiftningen, exempelvis har kommunen rätt att vänta 5–7 dagar innan de tar över en patient som skrivits in för slutenvård.

Många akuta internmedicinska tillstånd

Listan över de akuta internmedicinska tillstånden är lång. Några av de akuta symtom som kan vara livshotande och kräver bedömning är: medvetslöshet, bröstsmärta, andnöd, huvudvärk, neurologiska bortfallssymtom, kramptillstånd, yrsel, feber, diarré, ledvärk, anuri/oliguri och förvirring. Till dessa symtom kan ett stort antal sjukdomar inom internmedicinen kopplas, främst inom områdena hjärtsjukdomar, kärlsjukdomar, lung- och allergisjukdomar, endokrina och metabola sjukdomar, mag-tarmsjukdomar, nervsystemets sjukdomar, infektionssjukdomar, förgiftnings-, olyckor, blodsjukdomar, reumatiska sjukdomar samt njur- och urinvägssjukdomar. I remissomgången identifierades ett 70-tal diagnoser.

Medicinklinikens resursbehov

Akutmottagning. Oavsett sjukhusnivå är patienterna vid den internmedicinska akutmottagningen desamma. Antalet patienter beror på upptagningsområdets storlek och åldersstruktur.

Verksamheten kräver snabb diagnostik och behandling. Socialstyrelsens re-

kommenderade tider för akut omhändertagande är adekvata, 5–15 minuter för prioritet »1« och 1–2 timmar för prioritet »2« [5].

Internmedicinsk vårdavdelning. Akut-uppdraget omfattar dessutom inläggande patienter vars sjukdomsbild snabbt kan ändra karaktär från omvårdnad och observation till en akut eller urakut situation. En medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) bör på större kliniker komplettera den vanliga avdelningen. Inom flertalet akutmedicinska kliniker finns en särskild resurs i form av hjärtintensivvårdsavdelning (HIA), som ofta kan ingå i en akutenhet men som också kan ha tilldelats rollen av medicinsk intensivvårdsavdelning (MIVA) vid sidan av uppdraget för den akuta hjärtsjukvården.

Sjukhusstorlek. Hur stort sjukhuset är påverkar den internmedicinska klinikkens konsultativa ansvar. På det mindre sjukhuset gäller ansvaret egna patienter, den opererande klinikkens patienter samt eventuella tillbud vid IVA-, operations- och röntgenavdelningar. På större sjukhus är det vanligare med allvarligt sjuka patienter på fler typer av kliniker, vilket ställer ytterligare och utökade krav på de akutmedicinska resurserna.

Kringresurser. För att medicinkliniken ska kunna ta ansvar för akutuppdraget är kringresurserna av avgörande betydelse.

Intensivvårdsavdelning (IVA) och anestesistöd är nödvändiga vid många akutmedicinska tillstånd, t ex vid akuta andningshinder, fall av respiratorisk insufficiens, allergiska chocktillstånd, intracerebrala skador, förgiftningar, allvarliga vätskebalansrubbningar, avancerade infektioner samt vid de urakuta transporter som krävs när nödvändiga resurser saknas på det egna sjukhuset. Det »självförsörjande« akut-sjukhuset med IVA och respiratortillgång har tillgång till narkosläkare och narkossjuksköterska dygnet runt. Saknas detta krävs remiss till annat sjukhus.

Tillgång till radiologisk verksamhet och laborieverksamhet krävs dygnet runt, jour- eller beredskapsbemanning kan vara tillräckligt. Blod måste finnas på jourtid, helst via blodcentral på plats eller från annat sjukhus.

Operationsavdelning och kirurg som har jour eller är i beredskap ger möjlighet för internmedicinare att samverka kring patienter med magblödningar, misstänkta aortaaneurysm och perifer artärembolusjukdom. Dessutom kan viktig sambedomning ske för diagnostik av främst akuta buksymtom. Saknas kirurg eller möjligheten till operation måste ett

antal observationsfall sändas till annat sjukhus.

Ambulansen är en viktig del i akutverksamheten. Kompetensnivå och utrustning är avgörande för möjligheterna till prehospitäl insatser. En god kommunikation mellan sjukhus- och ambulanspersonal behövs. Den nu pågående centraliseringen inom sjukvården talar starkt för ambulanspersonal med sjuksköterskekompetens vid prio 1-fall, för att kunna upprätthålla andning och cirkulation, samtidigt som bristen på denna personalgrupp utgör ett hinder.

Omstruktureringar kräver ökat samarbete

I den omstrukturering som sjukvården genomgår i Sverige strävar man efter samverkan mellan kliniker för att förbättra kvaliteten och samtidigt värna om resurser och ekonomi. Ofta handlar det om besparingar som påverkar de jourlinjer och de stödresurser som den akuta medicinska verksamheten kräver. Huvudmannen har inte beaktat svårigheter att rekrytera internmedicinare till de kliniker som blir beskurna på kringresurserna. Utvärderingar, riskvärderingar och kostnadseffekter är vanligen bristfälligt belasta i omstruktureringen. Befolkningen får ofta längre avstånd till akutklinik.

Huvudprincipen med vård på lika villkor måste vara att kvaliteten är jämförbart hög oavsett vilken akut medicinsk klinik som behandlar den akuta patienten. Olika modeller för samarbete kan tänkas.

1. Egen klinik med egen verksamhet som klarar den stora gruppen av patienter med akut medicinsk sjukdom. Stora och medelstora kliniker kan dock behöva stöd med kranskärtsintervention på annat sjukhus. Därtill behöver dessa kliniker vanligen hjälp av regionsjukhuset med akuta neurokirurgiska och toraxkirurgiska åtgärder.
2. Egen klinik med begränsade kringresurser, framför allt gällande IVA, radiologi och kirurgi. Detta kräver ett väl definierat och kvalitetssäkrat samarbete med större sjukhus och ambulans.
3. »Filiaklinik« kan vara en nivå där vissa patientgrupper med låg risk för akuta försämringar vårdas. Filiakliniken har kraftigt begränsade kringresurser för akut sjukvård. Kliniken hör till en moderklinik vid annat sjukhus.

Klinik med begränsat uppdrag

Om kringresurser är beskurna eller finns vid ett annat sjukhus är det viktigt att skapa en mycket god kvalitet på den akutverksamhet som trots allt kommer

att finnas kvar. Då avstånden ibland är långa är det inte möjligt att stänga alla akutenheter. Där sådana enheter måste finnas ställs stora krav på utbildning, träning, periodvis tjänstgöring på andra sjukhus och kvalitetssäkring för olika typer av akutinsatser. I ett sådant resursbegränsat alternativ bör dock följande krav uppfyllas:

1. Narkossjuksköterska vid sjukhuset dagtid och i beredskap nattetid, med 15 minuters inställetid.
2. Narkosläkare i beredskap, kan finnas på annat sjukhus. Inställetid 30–60 minuter.
3. Ingen IVA, men HIA med fullgod kompetens.
4. Röntgenläkare dagtid. Teleradiologi med röntgenpersonal jourtid.
5. Laborieverksamhet dagtid, beredskap nattetid.
6. Tillgång till blod dygnet runt i egen verksamhet eller via transport.
7. Sjuksköterskebemannade ambulanser vid alla prio 1-transporter till och mellan sjukhus. Väl utbyggt kommunikationssystem med EKG-överföring etc. Respiratorstöd under transport.

Denna lägre nivå kräver anvisningar för när patienter ska transporteras direkt till större sjukhus.

Bakjoursuppdraget kräver fortbildning

Socialstyrelsens målbeskrivning säger att man förutom specialistkompetens i internmedicin ska ha fem års erfarenhet efter specialistkompetens innan man går bakjour [5]. En återkommande regelbunden fortbildning och kontinuerligt deltagande i akutverksamheten är en absolut förutsättning och ett obligatoriskt krav för att internisten ska fungera väl. Den grenspecialisering som är nödvändig får inte inkräkta på förmågan att delta i akutverksamheten. En uppgift för Svensk internmedicinsk förening är att tillsammans med det nya IPULS (Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige) definiera kraven för en sådan fortbildning.

För verksamhetschefer med ansvar för jourverksamheten bör det vara självklart att tillse att kontinuerlig utbildning ges för de uppgifter som bakjourarbetet medför samt att se till att utbildningen genomförs. Formerna för fortbildningen bör diskuteras under utvecklingssamtalen [6], och fortbildning bör vara en av faktorerna som påverkar utfallet i lönerevisionen. Fortbildningsaktiviteter i organiserad form bör som minimum uppgå till tio dagar per år (t ex deltagande i SIMs årliga fortbildningsvecka). Den praktiska bakjourserfarenheten ska också kompletteras med arbete som primär-

jour på akutmottagningen minst en vecka per år samt tjänstgöring vid hjärt-intensivvårdsavdelningen med viss regelbundenhet.

Primärjourernas kompetensutveckling

Under ST-utbildning i internmedicin och grenspecialitet ska ett deltagande hela tiden ske i primärjournarbetet.Handledning och kurser bör ha en inriktning som skapar intresse för att följa den akuta internmedicinen. Målet för ST-läkaren är att erövra »akutrumskompetens«, som också innebär »överblickskompetens«.

Den kompetens som ska krävas för arbete som primärjour är det inte helt enkelt att tydligt definiera. Jourarbetet sker ju i ett sammanhang där arbete på akutmottagning, intensivvårdsavdelning liksom övriga akutenheter på sjukhuset har betydelse för den totala kompetensen. Närheten till bakjour och sambedomning med erfaren kollega under olika tider på dygnet har avgörande betydelse. Bedömning och handläggning av akuta patienter är en utmärkt utbildning som skapar god erfarenhet för den blivande specialisten. AT-läkare kan växa in i uppgiften. En akutmottagning under jourtid behöver vara bemannad med minst två läkare, och ett krav bör vara att en har legitimation.

Primärjouren har också behov att tillgodogöra sig träning i praktiska färdigheter såsom HLR (hjärt-lungräddning), LP (lumbalpunktion), intubation, pleurapunktion, oftalmoskopi, elkonvertering liksom att sätta perifer nål och artärnål.

Akut internmedicin – ett grundelement

Akutverksamheten är internmedicinens grundelement, eftersom 80–90 procent av internmedicinens slutenvårdspatienter utgörs av akut inkommande fall. Akutsjukvården behöver vara en integrerad del av den samlade verksamheten. Av de patienter som kommer till en akutmottagning hör huvuddelen av de svårast sjuka till internmedicinens ansvarsområde. Att för alla sjukvårdshuvudmän ange en enhetlig organisatorisk struktur för akut internmedicin och dess grenar låter sig dock inte göras. De regionala och lokala förutsättningarna varierar starkt. Några grundelement kan dock anges.

Utbildningen. ST-läkaren bör uppmuntras att först genomgå utbildningen i internmedicin innan grenspecialiseringen påbörjas. ST-kontraktens utformning bör följa detta mönster. En alltför tidigt påbörjad grenspecialisering leder till en begränsning av kompetensen, vilket gör vederbörande mindre användbar inom

akutsjukvården. Akuta manifestationer av kroniska sjukdomar dominerar, varför kännedom om långtidsförlopp och prognos för de kroniska sjukdomarna är en förutsättning för adekvat handläggning, likaså är det viktigt att hänsyn tas till eventuella samtidigt förekommande kroniska sjukdomar hos patienten. Uppgiften att kunna förstå den multisjuka patientens situation, värdera en komplicerad symtombild, göra prognostiska bedömningar och behandla hela patienten och inte bara enstaka diagnoser löses bäst av en brett utbildad internmedicinare i enlighet med utbildningsbokens [7] mål.

Delaktighet i akutarbetet. För att kunna behålla den akuta internmedicinska kompetensen och för att inte en krympande skara kolleger ska behöva ansvara för den osorterade akuta dygnet runt-sjukvården är det nödvändigt att alla läkare inom det i vid mening medicinska fältet deltar i den gemensamma jourlinjen. Primärjournarbetet bör kunna delas mellan blivande allergologer, endokrinologer, gastroenterologer, geriatriker, hematologer, infektionsläkare, kardiologer, lungläkare, nefrologer, neurologer och reumatologer. På denna punkt deklarerar avvikande meningar från en del av företrädarna för specialiteterna, som i stället hävdar en avgränsning till eget område. Till bakjouren knyts de som har specialistkompetens i internmedicin.

För att jourläkarna ska få en god arbetsmiljö krävs en bemanning med ett tillräckligt antal läkare dygnet runt. En praktisk förutsättning för denna arbetsfördelning är att ansvaret för jourverksamheten ligger hos chefen för medicinkliniken och att denne har mandat att fördela jourarbetet utifrån kompetensen hos samtliga kolleger inom de medicinska områdena. Förutom att motverka fragmentering av kompetensen vid kliniken medför en sådan organisation sannolikt ett rationellt utnyttjande av vårdplatserna [8, 9].

Medicinsk akutvårdsavdelning. En medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) bör finnas vid medicinkliniken, antingen som en hel avdelning eller som del av en vårdavdelning. Här bör en kraftsamling ske, i form av specialutbildad personal, övervakningssystem och vissa maskinella resurser. Den medicinska akutvårdsavdelningen måste anpassas till hur HIA/IVA-funktionerna är organiserade. Dygnet runt bör nyinkomna akutpatienter läggas på akutenheterna för de första timmarnas observation och intervention. Patienter som efter något dygns observation ej visar sig vara i behov av

fortsatt behandling men däremot behöver vård eller stöd i hemmet bör kunna skrivas ut samma dag. Patienter på vårdavdelningarna som akut försämrats ska kunna flyttas till akutvårdsavdelningen för intensiv behandling i de fall den ordinarie avdelningens resurser inte räcker till.

Akutvårdsavdelningen kan fungera som HIA och bör för särskilt svårt sjuka patienter kompletteras med platser som har intensivvårdsresurser, med tillgång till respirator och anestesilog.

En akutvårdsavdelning kommer att domineras av patienter med hjärtsjukdomar, varför huvudansvaret för avdelningen bör ligga hos en internist med kardiologisk profilering. Övriga läkare som ingår i medicinjournskåren bör periodvis tjänstgöra vid enheten, i synnerhet läkare med bakjournansvar.

Attraktiv arbetsplats. Arbetet på akutmottagning och akutavdelning måste ske i en god arbetsmiljö. Arbetsmiljön har stor betydelse när nyutexaminerade läkare väljer specialitet. Klinikerna måste därför bemanna akuten så att arbetsbördan inte blir för tung och incitament ges för utvecklingsarbete och forskning. Akutarbetet måste även kombineras med andra verksamheter. Medicinkliniken bör prioritera och ge goda resurser till akutmottagning respektive MAVA. En sådan satsning på det akutmedicinska arbetet är en nödvändighet för både vårdkvalitet och arbetsmiljö. Jourarbetet, särskilt på nätter och helger, måste värderas högt.

Arbetet med akuta patienter blir alltmer intensivt, dygnet runt under samtliga veckans dagar. Behandlingsmöjligheterna i akutskedet ökar. Deltagandet i jourarbetet under obekvämt arbetstid måste begränsas vid högre åldrar, och även längden på arbetspassen måste begränsas. De riktlinjer som ges i det centrala avtalet [10] om att arbetspassen ska begränsas till max arton timmar om man erfarenhetsmässigt ej får sex timmars nattvila borde vara ett minimum. Målsättningen bör vara att jourpass begränsas till max tolv timmar, med en strukturerad överskottstid.

Olämpligt med en generell akutläkare

En omfattande utbildning och lång erfarenhet krävs för att uppnå den erforderliga akuta internmedicinska kompetensen, och kontinuerlig fortbildning är nödvändig för att bibehålla den. En avgränsning gentemot andra specialiteter, framför allt kirurgi och allmänmedicin, är nödvändig, då uppdraget annars blir alltför omfattande. Denna avgränsning bör i stort sett vara densamma som i dag. I relation till allmänmedicinen kommer

lokala överenskommelser att påverka uppgiftsfördelningen, och denna samverkan kommer att se olika ut i storstad och på landsorten.

Vi kan förutspå en framtid då allt fler akutsjukhus har svårt att upprätthålla kirurgisk kompetens dygnet runt. I ett sådant läge kan medicinare tänkas ta över den primära handläggningen av traditionellt kirurgiska åkommor, som t ex njurstensanfall, gallstensanfall, akut pankreatit och ulkussjukdom. Det är i så fall viktigt att medicinare på dessa sjukhus får tillräcklig utbildning för att klara detta uppdrag. Vid ett utökat uppdrag är det förstås också nödvändigt att även resurserna utökas och att nya tjänster tillskapas. Någon generell utveckling mot »emergency medicine», där internmedicinare primärt bedömer alla akutsökande patienter på läns- och regionsjukhus, är däremot varken realistiskt eller önskvärt, bl a av arbetsmiljö- och rekryteringsskäl.

Att ha akutläkare som enbart bedömer alla specialiteters jourfall har från internmedicinens synpunkt många nackdelar, vilket belysts tidigare i artikeln.

Avgränsningen gentemot primärvården är viktig, och en allmänläkarbemannad enhet måste ibland finnas på eller i anslutning till akutmottagningen. Om detta behov finns anser allmänläkarnas förening att en sådan jour ska ordnas i sjukhusets regi. Dessutom anser allmänläkarnas förening att kommunernas ansvar för sjukvård på jourtid måste öka.

Behov av medicinare på kirurgen

Allt äldre patienter genomgår elektiv kirurgi. Dessa patienter har i stor utsträckning internmedicinska sjukdomsdiagnoser och har därmed ett flertal läkemedel. Behovet av medicinkonsult pre- och postoperativt har successivt ökat. Man kan förvänta sig att denna utveckling fortsätter. En naturlig utveckling är att internmedicinsk kompetens knyts till kirurgiska och ortopediska avdelningar. Tidig diagnostik och adekvat behandling av akuta postoperativa komplikationer som t ex hjärtinfarkt, hjärtsvikt, lungemboli och obstruktivitet i luftvägarna liksom god metabol kontroll postoperativt hos patienter med diabetes innebär en avsevärd kvalitetshöjning, och sannolikt även en förkortning av vårdtider.

Poliklinisering och telemedicin ökar

Allt fler akuta internmedicinska tillstånd behandlas idag polikliniskt. Denna utveckling förväntas öka och kräver en utbyggnad av specialistmottagningar inom t ex kardiologi, hematologi, gastroenterologi, reumatologi och angiolo-

gi. Denna utveckling kan leda till att färre vårdplatser krävs, men läkarbemanningen kommer snarast att behöva ökas.

Utvecklingen inom telemedicinen innebär att läkare på läns- och länsdelsjukhus i framtiden kommer att kunna ha direktkontakt med »superspecialister» på regionsjukhus, även i det direkta patientarbetet på jourtid. På motsvarande sätt kan internmedicinare ge stöd åt primärvården utan att patienten i alla lägen behöver flyttas.

Stort framtida behov av internmedicinare

Utifrån patienternas behov och begränsade sjukvårdsresurser kan det i framtiden förväntas uppstå en ökad efterfrågan på specialister med bred internmedicinsk kompetens. De ökade medicinska möjligheterna samt det växande antalet äldre motiverar också en sådan utveckling. Den förväntade ökade efterfrågan ställer stora krav på att internmedicinen görs attraktiv för unga medicinare, genom en väl strukturerad ST-utbildning, en prioritering av det akuta arbetet på medicinklinikerna och inte minst en satsning på god arbetsmiljö.

Referenser

1. Årlig verksamhetsberättelse för medicinkliniker. Svensk internmedicinsk förening (SIM) tillsammans med Spri 1993–1998. Stockholm: SIM, Socialstyrelsen; 1999–2000.
2. Lindholm N, Hansson BG, Ljunghall S, Landin-Wilhelmsen K, Lindgren S, Hållmarker U. Den internmedicinska framtida organisationen. DIMFOG IV. Stockholm: Svensk internmedicinsk förening; 1996.
3. Lindgren S. Internmedicinens uppdrag. Internisten 2000;(2):8.
4. Regeringens proposition 1999/2000:149: Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Riksdagen; 1999/2000.
5. Socialstyrelsen. Akut omhändertagande [medicinsk faktabas]. www.sos.se/mars/pub005/puro06.htm#definition
6. Sveriges läkarförbund. Bättre fortbildning i fyra steg. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2000.
7. Läkarförbundet/Läkarsällskapet. Utbildningsbok för läkare under specialiseringsstjänstgöring inom internmedicin. Stockholm: Läkarförbundet/Läkarsällskapet; 1996.
8. Lindgren S, Kjellström T. Internmedicinens specialiteter bör ha övergripande ledning. Läkartidningen 2000;97:713-8.
9. Lindgren S, Kjellström T. Future development of general internal medicine: a Swedish perspective. Eur J Intern Med 2001;12:464-9.
10. Landstingsförbundet. BOL 98. Specialbestämmelser för läkare. Stockholm: Landstingsförbundet; 1998.

Särtryck

Läkartidningen

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

Denna nya 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 210 kronor



Kvinnorna och männen bakom syndromen

Beställer härmed.....ex av boken

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker