

Äldre patienter med flera sjukdomar ökar kraven på internmedicin

# Internmedicinens specialiteter bör ha övergripande ledning

Internmedicin, som totalt hanterar patienter med cirka 900 olika huvuddiagnoser, är inte i första hand en klinik eller en byggnad utan kan sägas utgöra en kunskapsbank och ett arbetssätt. Innehållet speglar i stor utsträckning samhällsutvecklingen. Under första hälften av 1900-talet dominerades verksamheten av patienter med infektioner och insatser för epidemibekämpning. Därefter har en förskjutning mot sjukdomar som är relaterade till välbefinnande samt konsekvenser av en åldrande befolkning ägt rum.

Patienternas medelålder närmar sig 75 år. Många har flera sjukdomar eller besvär från ett flertal organ samtidigt och är i behov av fortsatta livslånga medicinska insatser, med planerade eller oplanerade återintagningar, polikliniska besök och dagmedicinsk behandling. Omvårdnad i livets slutskede ges i stor utsträckning vid de internmedicinska klinikerna. Dödligheten i slutenvården är därför hög, och var tionde patient som under ett år vårdats vid en medicinklinik avlider under året.

## Internmedicinens ansvarsområde

Idag har stora delar av den gamla ursprungliga specialiteten »allmän internmedicin» fördelats mellan ett antal grenspecialiteter. Fortfarande finns emellertid en gemensam kärna, som innefattar diagnostiska strategier och beslutsfattande, icke-kirurgiska behandlingar, prevention, klinisk epidemiologi och vetenskaplig metodik. Denna kärna utgör basen för grenspecialiteterna samt för utbildning,

## Författare

STEFAN LINDGREN

docent, universitetslektor, överläkare, invärtesmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, ordförande i Svensk Internmedicinsk Förening

THOMAS KJELLSTRÖM

docent, chefsöverläkare, medicinska kliniken, Lasarettet Helsingborg, ordförande i Socialstyrelsens expertgrupp för internmedicin.

forskning och kritisk granskning av den vetenskapliga litteraturen, och ska därmed ligga till grund för medicinsk prioritering av de samlade resurserna. Internmedicinämnet som helhet är till sin natur mycket mera inriktat på generell förståelse och uttolkning än på enskilda tekniska procedurer och färdigheter. Aktuell biologisk och epidemiologisk/preventiv forskning understryker den starka samhörigheten mellan de olika internmedicinska verksamhetsområdena.

Omkring hälften av alla sjukdomsfall som kommer in akut till sjukhusmottagningar, oberoende av sjukhusets storlek, hör till det internmedicinska fältet (Figur 1). Under de senaste 20 åren har akut internmedicin dominerat slutenvården, medan planerade intagningar endast utgör 10 procent. Både i Sverige och internationellt har under den senaste tioårsperioden belastningen ökat påtagligt både i volym och per tidsenhet. De första vårdtimmarna, som tidigare huvudsakligen ägnades åt diagnostik, sortering och vårdplanering, präglas alltmer av akut insatta åtgärder, ofta påbörjade redan under ambulanstransporten till sjukhus. De patienter som fortfarande kräver den slutna vårdens resurser har ofta en stor vårdtyngd och kräver komplicerade behandlingar.

## Samverkan mellan medicinkliniker

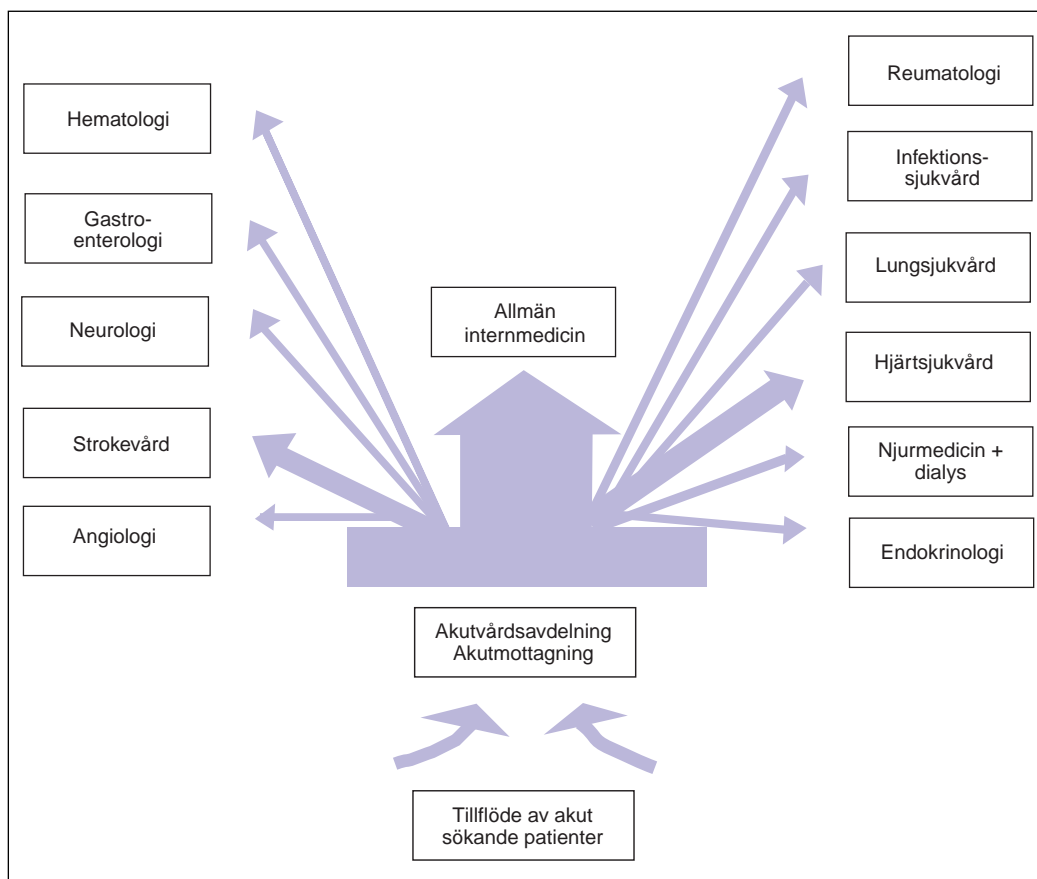
Eftersom det totala antalet vårdplatser för internmedicinska patienter under senare år kraftigt minskat, och med nuvarande sjukvårdsstruktur och behandlingsmetoder nått ett minimum, ställs höga krav på prioritering, samverkan och effektiva vårdkedjor. Således var medelvårdtiden vid medicinklinikerna 1991 7,8 dagar, 1993 6,4 dagar och 1997 5,5 dagar. Medianvårdtiden ligger på enstaka dagar, och den vanligaste vårdtiden är en dag. Åldersberoendet visas bland annat av att människor i åldern över 85 år utnyttjar fem gånger fler vårdtillfällen under ett år än gruppen invånare i åldern 60 till 65 år.

Därför måste nya strukturer för samverkan mellan medicinkliniker inom geografiskt närliggande områden byggas upp. Fax- och datorkommunikation

## Sammanfattat

- Omkring hälften av alla sjukdomsfall som kommer in akut till sjukhusmottagningar hör till det internmedicinska fältet. Planerade intagningar utgör endast 10 procent av slutenvården inom internmedicin.
- Under den senaste tioårsperioden har belastningen ökat påtagligt.
- En alltför långtgående uppdelning i grenspecialiteter inom internmedicin kan leda till sämre omhändertagande av äldre patienter med multipla sjukdomar samt ökade kostnader.
- En paraplyorganisation med övergripande ledning av självständiga grenspecialiteter gör det möjligt att flexibelt möta det ökande behovet av internmedicin.
- Den grundläggande orsaken till internmedicinens pressade situation i dagens sjukvård är, enligt vår uppfattning, att akutuppdraget inte är avgränsat. Specialiteten måste ta sig an sjukvårdsproblem som den samlade hälso- och sjukvården i övrigt inte klarar.
- Internmedicin skulle kunna utöka sitt ansvarsområde i gränssnittet till kirurgin, medan avgränsningen i förhållande till övriga specialiteter på akutmottagningen, inklusive primärvården, redan idag är och bör vara mycket tydlig.

gör det möjligt att snabbt konsultera kolleger med större erfarenhet inom det aktuella området. Uppföljning och kontroll kan i allt större utsträckning ske på hemorten. Samverkan mellan olika grenspecialiteter måste utvecklas, så att antalet konsultationer begränsas till de



**Figur 1.** Patientflöden inom den akuta internmedicinen. Källa: Chefsöverläkare Jesper Persson, invärtesmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Särskilt tydlig är denna brist när det gäller akutverksamheten.

4. Regionvårdens och universitetssjukhusens roll är dåligt definierad. Ska dessa sjukhus syssla med hela spektrum av sjukvårdsproblem eller fungera som »centres of excellence», med ansvar för specialiserad sjukvård, samt för att generera, insamla och sprida kunskap till resten av vårdorganisationen? Om man väljer den sistnämnda vägen måste den basala internmedicinska vården i upptagningsområdet och utbildningen säkras genom nära samarbete med andra enheter. Vidare saknas modeller för ekonomisk ersättning, som inte motverkar universitetssjukhusens roll som kompetenscentrum.

### Utvecklingstendens

Såväl internationellt som i Sverige är det först på senare år som man på allvar börjat diskutera

nödvändiga, liksom antalet inblandade specialister per patient. Detta förutsätter i sin tur en viss omfattning av bred internmedicinsk kompetensutveckling för alla grenspecialister. Vidare krävs givetvis samverkan mellan internmedicin, primärvård och kommuner. Hög kompetens hos dem som utför akuttransporter är nödvändigt för att livräddande prehospital vård skall kunna expandera.

### Internmedicinen har problem

Den grundläggande orsaken till internmedicinens mycket pressade situation i dagens sjukvård är enligt vår uppfattning att akutuppdraget inte är avgränsat. Detta innebär att specialiteten alltid måste ta sig an sjukvårdsproblem, som den samlade hälso- och sjukvården i övrigt inte klarar av eller har resurser för, samt till viss del även problem som uppkommit på grund av bristande sociala resurser i samhället. Direkta konsekvenser av att behoven alltid överstiger resurserna är bland annat kronisk brist på slutenvårdsplatser och dålig arbetsmiljö på akutmottagningarna. Denna ständiga frustration har redan inverkat negativt på nyrekrytering inom internmedicinen.

Internmedicinens centrala roll inom den somatiska sjukvården och akut-

sjukvården gör den speciellt känslig för bristande långsiktighet i planering och ledning. Speciellt tydligt framstår följande problem:

1. Politisk detaljstyrning av vården, och speciellt bristen på långsiktighet i de politiska besluten, försvårar arbetet. Återkommande omorganisationer av internmedicinen, framför allt på de stora sjukhusen, skapar arbetsmiljömässiga problem. Politiska intentioner och utfästelser, liksom regionalpolitiska hänsyn, kontrasteras av specificerade sparbetting. Sjukvården har till exempel svårt att hantera politiska direktiv om patienternas fria vård sökande och den obegränsade tillgängligheten till sjukvården.

2. Bristande ledning under den politiska nivån, mot tydliga och långsiktiga mål, försvårar verksamhetschefernas arbete.

3. Bristen på helhetssyn inom den samlade hälso- och sjukvården är olycklig. Detta är till stor del betingat av att vårdstrukturen utgår från organisationernas snarare än från patienternas behov. Dåligt informationsflöde mellan olika vårdnivåer är en bidragande orsak liksom att former för samverkan mellan olika vårdnivåer ej definierats. Tydlig ansvarsfördelning mellan primärvårds- och specialistvårdsnivån, både offentligt och privat organiserad, saknas.

framtiden för internmedicinen. Motiven för detta har varit ekonomiska, administrativa och politiska snarare än utgående från patienternas behov idag och i framtiden. Medan verksamheten tidigare varit fokuserad på korta drastiska insatser under en begränsad period, tenderar dagens sjukvård alltmer att beröra äldre personer som successivt utvecklade kroniska och degenerativa sjukdomar, vilka interagerar och skapar en högre grad av komplexitet.

Teknologiska framsteg, exempelvis inom genetik, molekylärbiologi och bildåtergivning, innebär att diagnos och behandling blir enklare, mer precis och mer effektiv samt att allt större del av verksamheten kan bedrivas i öppen vård. Med dessa framsteg kan det förväntas bli möjligt att beskriva patienternas hälsotillstånd och prognos med större precision och erbjuda mera specifika behandlingar. Detta i sin tur ställer större krav på prioritering av resurserna.

Ett antal sjukdomar kan förväntas bli möjliga att behandla kausalt snarare än som idag palliativt. Ateroskleros, metabola rubbningar, autoimmuna sjukdomar och endokrina dysfunktioner kan vara exempel på detta liksom vissa maligna sjukdomar. Särskilda förhoppningar knyts till möjligheterna att specifikt och med mindre biverkningar

**ANNONS**

**Tabell I.** Antal specialister i internmedicin och grenspecialiteter vid svenska sjukhus i maj 1995, n=1 672 Källa: DIMFOG IV. Svensk Internmedicinsk Förening, 1996.

|                          | Grenspecialitet/samtidigt också specialist i internmedicin |                    |                       |            |            |                  |           |                  |                           |
|--------------------------|--|--------------------|-----------------------|------------|------------|------------------|-----------|------------------|---------------------------|
|                          | Allergologi  | Endo-<br>krinologi | Gastro-<br>enterologi | Hematologi | Kardiologi | Lung-<br>medicin | Nefrologi | Reuma-<br>tologi | Endast intern-<br>medicin |
| Länsdels-<br>sjukhus     | 6/6  | 14/14              | 30/30                 | 16/16      | 71/69      | 5/4              | 24/22     | 14/10            | 212                       |
| Länssjukhus              | 16/13  | 34/34              | 43/42                 | 40/40      | 97/95      | 72/41            | 56/53     | 65/40            | 111                       |
| Universitets-<br>sjukhus | 34/32  | 74/69              | 54/54                 | 72/72      | 169/150    | 94/49            | 75/57     | 72/38            | 102                       |
| Summa                    | 56/51  | 122/117            | 127/126               | 128/128    | 337/314    | 171*/94          | 155/132   | 151/88           | 425                       |

\*några också specialister i allergologi

»stänga av» kronisk inflammation i olika organsystem. Betydelsen av kronisk inflammation för ateroskleros blir också alltmer uppenbar. Kunskapen om mikrobiell etiologi vid kroniska inflammatoriska sjukdomar förväntas öka och därmed utsiktarna till specifik terapi och utläkning.

En annan konsekvens av teknikutvecklingen är att metoderna för diagnostik och behandling blir allt mindre invasiva och därmed ofta enklare. Detta innebär att det kvantitativa behovet av specialistkompetens minskar. Vidare kan den behandlande läkaren rådfråga aktuella databaser och/eller via informationssystem efterhöra den högspecialiserade konsultens råd, vilket kan förväntas minska behovet av direkt patientkontakt hos den senare kategorin.

Framtidens internmedicinare får således en viktig roll. De blir inte högspecialiserade apparatbundna tekniker utan måste fortsätta utveckla sin kommunicerande förmåga och ta hänsyn till patientens hela livssituation, såväl i det akuta omhändertagandet som i eftervård och rehabilitering. Verksamhetens del i att trösta och lindra får inte heller försummas. I framtiden kommer man att kräva ännu mer av internmedicinspecialisterna vad gäller allmänna kunskaper och förmåga till integration och sortering av komplex klinisk information.

Behovet av individer och organisationer med kompetens och ansvar för att föra samman, tolka, prioritera och ta ett slutligt ansvar för den långsiktiga vården, »överblickskompetens», kan således förväntas bli allt större. Denna utveckling har under den senaste tioårsperioden varit uppenbar i till exempel USA.

### Akutverksamhet

Akutverksamheten är ett av internmedicinens grundelement. Eftersom en överväldigande majoritet (80–90 procent) av internmedicinens slutenvårdspatienter utgörs av akut inkommande fall framstår akutsjukvården i högsta grad som en integrerad del av den sam-

lade verksamheten. Av de patienter som kommer till en blandad sjukhusakutmottagning faller huvuddelen av de svårast sjuka inom internmedicinens ansvarsområde. Akuta manifestationer av kroniska sjukdomar dominerar, varför kännedom om långtidsförlopp och prognos, inkluderande andra kroniska sjukdomar hos samma patient, är en nödvändig förutsättning för adekvat handläggning.

Liksom övriga delar av den moderna sjukvården utvecklas akutsjukvården snabbt. En tidigare dominerande sorteringsfunktion har i hög grad ersatts av tidig och snabb diagnostik samt specifika och riktade åtgärder. Tillstånd som vi för 15 år sedan bara kunde konstatera kan idag snabbt diagnostiseras och behandlas. Tidigt inledd prehospital vård har blivit ett allt viktigare inslag, inte minst inom kardiologin.

### Aktuella problem

Det helt dominerande problemet för den internmedicinska akutverksamheten är den kroniska bristen på vårdplatser. En annan svårighet är att delar av akutverksamheten har karaktär av »oplanerad öppenvårdsmottagning». Vidare finns en risk för att subspecialisterna drar sig undan moderdisciplinens jourssystem och, som en följd av detta, att allt färre individer ska dela på den osorterade dygnet runt-akutsjukvården.

En tilltagande tidig subspecialisering kan medföra en alltför smal internmedicinsk kompetens. Med tanke på akutsjukvårdens utveckling är »akutrumskompetens» för att säkerställa adekvat handläggning av akuta livshotande sjukdomstillstånd nödvändig. Samtidigt är utbildningen av jourhavande läkare i detta avseende på många håll bristfällig och kompetensen inte erforderligt bred. Slutligen är akutmottagningsarbetet idag inte tillräckligt meriterande samt forsknings- och utvecklingsaktiviteten låg.

### Akutuppdraget – vår vision

Internmedicinens akutvårdsansvar bör omfatta livshotande icke-kirurgiska tillstånd, de patientgrupper för vilken slutenvården/specialistvården har hela vårdansvaret, eller där slutenvårdens specifika resurser krävs samt konsultansvar. Offentligt och privat administrerad primärvård bör således ha det primära ansvaret för den huvudsakligen symtombaserade akuta och elektiva närsjukvården, inklusive vård i livets slutskede av majoriteten av multiorgansjuka, biologiskt åldrade individer. Primärvårdens akutvårdsansvar omfattar alltså alla icke livshotande sjukdomsfall under hela dygnet, medan internmedicinen koncentrerar sig på mera specialiserad verksamhet där krav på just dess speciella kompetens och resurser ställs.

### Internmedicinen kan ta över del av kirurgins akutarbete

Vi ställer oss i grunden positiva till en ökad akutmedicinsk profilering, men denna bör kopplas till existerande specialiteter. Internmedicinen skulle också kunna utöka sitt ansvarsområde i gränssnittet till kirurgin, medan avgränsningen av arbetet i förhållande till övriga på akutmottagningen verksamma specialiteter inklusive primärvården redan idag är och bör vara mycket tydlig. Genom att under de närmaste åren bibringa de internmedicinska läkarna ytterligare diagnostiska och icke-kirurgiska terapeutiska färdigheter är det fullt möjligt för den internmedicinska disciplinen att gradvis överta arbetsuppgifter från allmänkirurgin. Mycket av det arbete som kirurgin av tradition bedriver på akutmottagningen är ju inte primärt kirurgiskt, till exempel handläggning av njurstensanfall, gallstensanfall, akut pankreatit och ulkussjukdom.

Detta förutsätter naturligtvis att en stor del av de resurser som kirurgin idag har för sin akutverksamhet, inklusive läkartjänster, överförs till internmedicinen. Dessutom krävs kompletterande

utbildning, vilket tar tid. Ett successivt övertagande av sådana arbetsuppgifter måste därför sannolikt ske under en femårsperiod. Vi menar att en utveckling i denna riktning till och med kan vara önskvärd för internmedicinen, som på grund av sitt redan stora inslag av akutverksamhet av hävd värnat om den breda kliniska kompetensen.

### Akutmottagningsläkare – fortsatt utveckling

Internmedicinen är en akutspecialitet och behöver inte ersättas med någon nykonstruerad specialistkår. Det torde knappast heller ligga i anesthesiologins intresse att dess idag givna roll i akut-sjukvården tas bort och läggs på en ny specialistgrupp. Däremot menar vi att det är starkt önskvärdt med en kompletterande utbildning av yngre blivande specialister för tidsbegränsad verksamhet som akutmottagningsläkare vid de största sjukhusen i landet.

Det är av avgörande betydelse att karriärutvecklingen för profilerade specialister beaktas, och att de ges erforderligt stöd från klinikledning och sjukhusledning. Risken för utbrändhet och negativ karriärutveckling är annars stor, vilket kan inverka menligt på rekryteringen av lämpliga läkare med rätt motivation för denna specialinriktning. Profilerade överläkartjänster med ansvar för långsiktig utveckling av akutverksamheten bör inrättas på de flesta sjukhus och på sikt kunna bli slut-tjänster för vissa särskilt intresserade akutprofilerade läkare. På så sätt tillförs också resurser för forskning och utvecklingsarbete.

### Hur ska man bevara akutkompetensen?

Specialiteten internmedicin är logiskt definierad både mot bakgrund av ett väl avgränsbart sjukvårdsbehov hos befolkningen och från biologisk synpunkt. Denna breda definition medför emellertid en »osorterad akutverksamhet», där dessutom flertalet patienter är äldre och har sjukdomsmanifestationer från flera organsystem. Subspecialise-

ringen inom det internmedicinska verksamhetsområdet kommer delvis i konflikt med denna breda 24-timmarsverksamhet. En utveckling mot ett stort antal specialjourlinjer är orealistisk ur ekonomisk synvinkel. Det är därför nödvändigt att specialiseringsutbildningen i internmedicin leder fram till den kompetens som erfordras för att kunna handlägga den absoluta merparten av de akutmedicinska sjukdomstillstånden. Därutöver kan, beroende på sjukhusets karaktär, kompletterande jourlinjer behövas, flertalet dock sannolikt i form av beredskap.

För att bevara akutkompetensen efter avslutad specialiseringsutbildning är regelbundet återkommande tjänstgöring inom akutmedicinsk verksamhet nödvändig, liksom ett rullande internt fortbildningsprogram. Behovet av akutmedicinsk kompetens måste uppmärksammas och säkras genom ett särskilt handlingsprogram och långsiktig planering vid varje klinik såväl under som efter ST.

### Specialistutbildning

Volymen av specialistutbildningen i internmedicin har varit liten fram till de senaste två åren, då den ökat. Trots denna ökning kommer brist att föreligga åtminstone fram till år 2010. Presumtiva ST-läkare bör liksom nu erbjudas och uppmuntras till dubbelspecialisering. Det är angeläget att ha såväl internmedicinsk specialitet som grenspecialitet för att vara flyttbar och kunna fungera som både primär- och sekundärjour. Specialistutbildningen i internmedicin bör vara avslutad innan den större delen av grenspecialistutbildningen påbörjas. En samlad internmedicinsk ledningsfunktion med en samordnad studierektorsfunktion underlättar i hög grad planeringen och genomförandet.

Kvaliteten på specialistutbildningen i internmedicin måste ägnas särskild uppmärksamhet, bland annat för att undvika fragmentering av baskompetensen. För att uppnå detta är planering av utbildningen mot bakgrund av mål-

beskrivningen samt handledning givetvis viktigt, men vi vill i detta avseende särskilt understryka betydelsen av SPUR-inspektioner och specialistexamen.

### Organisationsform inför 2000-talet

Den ökande satsningen på den specialiserade vården har inneburit en kvalitetshöjning, som har varit betydelsefull för kompetensutvecklingen inom dessa verksamhetsområden. På alla kategorier av sjukhus dominerar emellertid internmedicinsk »stamsjukvård», och organisationen måste tillgodose detta behov. Dessutom ska framför allt universitetssjukhusen svara för forskning och utbildning, undervisning av andra medicinska yrkesgrupper samt vara referens och samarbetspartner för andra sjukhus i regionen eller till och med i landet.

### Övergripande verksamhet

Flera starka skäl talar för en administrativt samlad internmedicinsk verksamhet, med en övergripande ledningsfunktion. En sådan ger de bästa förutsättningarna för att dynamiskt kunna följa den allt snabbare kunskapsutvecklingen och tillgodose en bred kompetensutveckling, såväl kliniskt som utbildnings- och forskningsmässigt. Den möjliggör även ett effektivt utnyttjande av vårdplatser och en rationell organisation av jourverksamheten.

En sådan övergripande ledningsfunktion kan på de större sjukhusen förenas med självständigt medicinskt verksamhets- och budgetansvar för de ingående specialiteterna. Denna utveckling har varit tydlig utomlands under den senaste tioårsperioden, framför allt i USA.

### Flexibelt utnyttjande av resurser

Behovet av vårdplatser för högt specialiserad vård kan endast uppskattas som genomsnittssiffror och varierar från vecka till vecka. Ett fast antal vårdplatser kommer då tidvis att leda till

**Tabell II.** Antal FV/ST-tjänster riktade mot internmedicin och/eller grenspecialitet vid svenska sjukhus i maj 1995, n=546. Källa: DIMFOG IV. Svensk Internmedicinsk Förening, 1996.

|                      | Grenspecialitet/samtidigt också specialist i internmedicin |               |                  |            |            |             |           |             |                      |
|----------------------|--|---------------|------------------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|----------------------|
|                      | Allergologi  | Endokrinologi | Gastroenterologi | Hematologi | Kardiologi | Lungmedicin | Nefrologi | Reumatologi | Endast internmedicin |
| Länsdels-sjukhus     | 3/3  | 5/5           | 12/12            | 9/9        | 40/40      | 10/10       | 11/11     | 8/8         | 64                   |
| Länssjukhus          | 6/6  | 14/14         | 19/19            | 18/18      | 35/35      | 13/11       | 10/10     | 13/10       | 55                   |
| Universitets-sjukhus | 6/3  | 27/26         | 19/19            | 19/19      | 48/43      | 14/9        | 22/18     | 17/14       | 29                   |
| Summa                | 15/12  | 46/45         | 50/50            | 46/46      | 123/118    | 37/30       | 43/39     | 38/32       | 148                  |

platsbrist, i andra fall till outnyttjad kapacitet. Ett system som utnyttjar resurserna optimalt bör som regel baseras på ett begränsat antal fasta vårdplatser för specialiserad verksamhet och ett flexibelt utnyttjande av övriga tillgängliga vårdplatser samt tillförsäkra en god sjukvård för de patienter som kräver internmedicinsk kompetens utan klar tillhörighet i de specialiserade sektionerna.

Från forsknings- och utvecklings-synpunkt innebär en uppdelning på många små, helt självständiga enheter att utbytet av tankar och idéer kring gemensamma problem och frågeställningar minskar. Detta strider mot allmänna utvecklingslinjer för forskningen i samhället och även mot den biologiska kunskapsutvecklingen. En samlad övergripande internmedicinsk verksamhet ger möjligheter att på ett rationellt sätt dimensionera och balansera utvecklingen inom de olika grenspecialiteterna mot bakgrund av kunskapsutveckling och forskning.

### Flexibelt samarbete mellan specialiteter

Samarbete över klinikgränserna mellan olika specialiteter med likartade intressen är värdefullt och angeläget för att förstärka den patientnära kompetensen. Organisationen måste flexibelt kunna anpassas till ändrade behov, samtidigt som kompetensen hos medarbetarna bör vara så bred att verksamhetsförändringar är möjliga.

Det blir ytterst den enskilde specialisten eller gruppen av specialister som söker samarbetspartner för att nå en ökad kunskap runt patienten. Detta är ett sedan länge etablerat och välfungerande system i vården. Vem eller vilka man ska vara geografiskt samlokaliserade med torde vara föremål för ständiga revideringar och olika uppfattningar. Huvudsaken är att ett rationellt samarbete befrämjas och underlättas. Det är naturligt att internmedicinen i Sverige, liksom internationellt, tar det långsiktiga ansvaret för sina stora patientgrupper, medan till exempel kirurgins insatser koncentreras till den perioperativa perioden. Så är förhållandet redan när det gäller kardiologi/toraxkirurgi och endokrinologi/endokrinkirurgi. Detta förutsätter givetvis att internmedicinen tillförs nya resurser.

### Långtidsplanering

Såväl internmedicinen i sin helhet som de olika grenspecialiteterna måste vidga perspektivet från innevarande budgetår till kommande tvåårsperiod, femårsperiod och om möjligt tioårsperiod. Internmedicinen måste vidare vara beredd på att åta sig huvudansvaret

för att följa den moderna biologiska utvecklingen och säkra tillgången på erforderlig kompetens för att snabbt omsätta denna kunskap i praktisk sjukvård och diagnostik.

### Avslutande kommentar

Den demografiska, epidemiologiska och medicinska utvecklingen talar för ökade behov av internmedicinsk service under de närmaste åren. Utvecklingen av kunskap och teknologi sker helt dominerande inom grenspecialiteterna. Vi har därför begränsat oss till några generella exempel.

Genombrott för nya behandlingsmetoder kan addera nya patientgrupper och samtidigt förenkla behandlingen av andra. Goda exempel är maligna blodsjukdomar, komplikationer till ateroskleros, demenssjukdomar och inflammatorisk tarmsjukdom.

Kapacitetsproblem och överbeläggningar kan dock inte lösas enbart inom internmedicinens ram. De fordrar förbättrad vårdplanering, utveckling av kontakter, en sammanhållen vårdkedja och gemensamma vårdprogram i samverkan med andra vårdgivare och huvudmän. En reell ökning av behoven innebär att det ändå inte är möjligt att bibehålla dagens kvalitet utan ett resurstillskott. För akutsjukhusens framtida roll och för vårdstrukturen är internmedicinens fortsatta utveckling av största betydelse.

Avgörande faktorer för att internmedicinen ska kunna behålla sin specialiserade profil och tillhandahålla insatser som ingen annan kan erbjuda är givetvis vårdpersonalens kompetens samt metoder och tekniker för diagnos och behandling. •

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.

Priset är 55 kr.

## Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex  
av "Enligt min erfarenhet"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN  
Box 5603  
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se  
under särtryck, böcker