

Diabetikervårdens framtida organisation och diabetikernas socialmedicinska problem

En utredning verkställd på uppdrag av Medicinalstyrelsen.

Av bitr. överläkaren med. dr *Bo Andersson*, Stockholm

Inom Medicinalstyrelsen har man länge planerat en översyn av diabetesvårdens organisation, gällande såväl den öppna som slutna vården. Därjämte skulle diabetikernas arbets- och anställningsförhållanden, körkortstilldelning och övriga sociala problem tas upp till behandling.

Många orsaker har samverkat till att en sådan översyn ansetts önskvärd. Diabetes är en vanlig sjukdom och diabetikernas antal är i stigande. Sjukdomen drabbar främst människor i medelåldern och högre åldrar och därigenom blir sjukdomens sociala räckvidd stor. Forskningen på diabetesfältet har blivit allt ivrigare och behandlingen av sjukdomen är därför nu också en helt annan än tidigare. Olika terapiskolor har under tidernas lopp avlöst varandra och åsikterna om sjukdomsbehandlingsmål och medel har växlat. Detta har bland annat kommit till uttryck i olika uppfattningar om värdet av en reglerad kost som en del av sjukdomsbehandlingen. Åsikterna om den optimala diabeteskostens sammansättning har växlat, vilket allt bidragit till att skapa osäkerhet om sjukdomsbehandlingen.

Svenska diabetesförbundet, som är en riksgenomsnittsorganisation för diabetiker med uppgift att tillvarata deras intressen, ingav den 31 oktober 1961 till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet en skrivelse, i vilken man framförde en rad önskemål. I en skrivelse till Medicinalstyrelsen, inkommen den 30 december 1961, hemställer diabetesförbundet om ökat utrymme för diabetes i läkar- och sjuksköterskeutbildningen, plats för endokrinologien såsom specialitet i den framtida sjukhusplaneringen, förbättrad diabetesvård vid lasarettens öppna mottagningar och sjukvårdsavdelningar, utbyggnad av diabetesvården för barn och ungdom, intensifierade åtgärder att uppsåra diabetes och intensifierad forskning på diabetesfältet.

I yttrande över nämnda skrivelse till inrikesdepartementet meddelar medicinalstyrelsen, att diabetesvårdens framtida organisation i såväl öppen som slutna form är föremål för styrelsens översyn samt att en särskild föredragande är anställd vid styrelsen från och med den 1 mars 1962 med uppgift att biträda vid nämnda översyn.

Förekomst av diabetes

Man räknade fram till slutet av det andra världskriget allmänt med en diabetesfrekvens av $1\frac{1}{2}$ ‰. Denna siffra, som vid denna tid genomgående normerades i alla handböcker över diabetes, fann också stöd i en svensk frekvensundersökning. Denna publicerades 1942 av Dahlberg—Jorpes—Kallner—Lichtenstein och baserade sig på licensansökningar för extra tilldelning av vissa födoämnen, som under kriget tilldelades diabetiker. Man kunde på så sätt inregistrera 31.000 diabetiker, vilket motsvarade ungefär $1\frac{1}{2}$ ‰ av befolkningen. En på så sätt utförd frekvensundersökning måste givetvis ge en siffra i underkant, något som också undersökarna var medvetna om.

Den så kallade Blekingeundersökningen, på initiativ av Johan Mårtensson och Bertil Scherstén, ger möjlighet till en mer realistisk uppskattning av nuvarande antal diabetiker i landet. Av 145.000 innevånare i Blekinge undersöktes 96.800 vuxna på förekomst av druvsocker i urinen i samband med skärmbildsundersökning av lungorna. Provtagarna var instruerade att efter en kolhydratrik och kraftig måltid insamla urin, som sedan medfördes och undersöktes på förekomst av glykos. Vid positivt glykosfynd ombads vederbörande att återkomma för blodsockerkontroll, eventuellt sockerbelastning. Man dia-

gnosticerade diabetes på 1.719 blekingebor, vilket gör en frekvens av 1,7 % bland de sålunda undersökta. I 911 av dessa fall gällde det diabetes, som redan tidigare diagnosticerats. 189 personer med positivt sockerfynd i urinen återkom aldrig för blodsockerundersökning. Om man utgår ifrån att frekvensen diabetes bland dessa 189 är densamma som bland dem, som med anledning av ett positivt glykosfynd återkom för verifierande av diagnos, blir diabetesfrekvensen bland de sålunda undersökta 1,9 %. Det är därvid att märka att undersökningen endast omfattade vuxna och att anslutningen ej var 100 %-ig. Frekvenssiffran för diabetes i Blekinge skulle väl ligga vid ungefär 1,5 %, om man får döma av denna undersökning, men det är emellertid sannolikt att även denna siffra är för låg. Alla som sysslar med diabetes frapperas av, hur ofta en äldre människa med diabetes kan vara sockerfri i urinen trots ett avsevärt förhöjt blodsocker. Slänger man ut ett nät för att fånga diabetiker och använder man sig därvid av urinsockeranalyser som maskor, blir det alltid ett grovmaskigt nät och många diabetiker slinker igenom.

Det första preliminära resultatet av Blekingeundersökningen lades fram inför den internationella diabeteskongressen i Genève sommaren 1961. Liknande frekvensundersökningar redovisades då från olika länder i världen men ingen var av samma storleksordning som den från Blekinge. Som väntat redovisades ganska växlande frekvenssiffror men genomgående visade de en frekvens överstigande den halva procent, som tidigare undersökare som regel kommit fram till.

Liknande frekvensundersökningar pågår nu och är planerade äga rum i ett flertal län. Så redovisas preliminära resultat från en pågående undersökning i Norrbotten, omfattande 194.785 personer över 16 år. Av landsbygdens befolkning deltog 93,7 % och av städernas 92,7 %. Man har nu hunnit bearbeta två tredjedelar av detta material, varvid 1.800 fall av sockersjuka påträffats. Det gör en frekvens av 1,4 % bland de sålunda undersökta och hittills bearbetade fallen. Det är sannolikt att man vid liknande undersökningar kommer fram till växlande frekvenssiffror

för de olika länen, sammanhängande med deras särart i avseende på olika förekomst av släktäktenskap, olikheter i matvanor i kustnära och kustavlägsna landskap, olika åldersfördelning och olikheter i förhållandet mellan glesorts- och tätortsbebyggelse, olika karaktär av industribygd eller jordbrukarbygd m. m.

Det är tydligt — det framgår inte minst av Blekingeundersökningen — att diabetes är en mycket vanlig sjukdom och att det finns ett större antal diabetiker i Sverige nu än för ett kvarts sekel sedan. Det var också väntat och man kan peka på många samverkande orsaker härtill. Den höga och stigande medellivslängden är en viktig sådan. Diabetes är främst en de äldre årgångarnas sjukdom och vi lever nu i ett åldringssamhälle. Högkonjunktur, olämpliga kostvanor, den rikliga förekomsten av fetma, tilltagande mekanisering och automatisering med avtagande muskelaktivitet som följd är andra viktiga bidragande faktorer. Man kan heller icke bortse från betydelsen av att diabetiker sätter levande barn till världen i en helt annan omfattning än tidigare och att därigenom den diabetiska ärftlighetsfaktorn på lång sikt ges ökad spridning.

Det växande antalet diabetiker i landet har även avspeglats sig i sjukhusens belägningsrapporter. Ett antal årsrapporter från medicinska kliniker vid olika sjukvårdsinrättningar har studerats. Därav framgår, att 6,7 % av patienterna, som under året 1951 vårdades å dessa kliniker, var diabetiker. Motsvarande siffra för år 1961 var 9,4 %. Med nuvarande registreringssystem kan man inte av siffrorna dra några slutsatser om i vad mån sjukdomen diabetes varit anledning till att patienten vårdats på sjukhus. Den statistiska bearbetningen av uppgifterna om sjukhusens medicinska verksamhet föreslås av medicinalstyrelsen i framtiden skola ske centralt med hjälp av elektronisk databehandling. Klinikerna avger då till medicinalstyrelsens statistiska avdelning för varje patient en sjukdomsuppgift som läggs till grund för det där utförda statistiska arbetet. Den nu gällande klassifikationen av sjukdomar har omarbetats. Denna reform kommer att innebära stora fördelar och kommer att möj-

liggöra att man bättre än nu kan bedöma diabetessjukdomens roll som beläggare av sjukhusplatser.

Åtgärder att uppspåra diabetes

Blekingeundersökningen har visat värdet av riktad hälsoundersökning, det vill säga en hälsoundersökning i avsikt att uppspåra en bestämd sjukdom. Det förtjänar påpekas att det i nära hälften av de diagnosticerade fallen gällde tidigare icke känd diabetes. Eftersom det i huvudsak gällde fall av diabetes hos medelålders och äldre människor förelåg också de tekniska förutsättningarna att snabbt ta hand om denna grupp diabetiker utan att den prekära bristen på sjukhusplatser behövde utgöra ett hinder. Detta är icke minst av psykologiska skäl betydelsefullt. Tidig diagnos och behandling av diabetes kan i stället på lång sikt tänkas lätta trycket på den slutna vården. Det händer icke sällan att en åldersdiabetes diagnosticeras först därigenom att komplikationer till sjukdomen ger sig till känna, till exempel ett gangrän, en synnedsättning eller en njurskada. Genom tidig diagnos och tidigt insatt behandling kan risken för sådana kärlkomplikationer avsevärt minskas. Det är allmänt accepterat att en tidigt insatt och rationell behandling kan uppskjuta komplikationerna från kärlsystemet och mildra deras förlopp.

Hälsoundersökningar av liknande typ som Blekingeundersökningen pågår eller är planerade äga rum i ett flertal län på initiativ och i regi av Landstingens Centralkommitté för hälsoundersökningar. Medicinalstyrelsen följer med intresse denna form av diabetesspårning.

Styrelsen har tagit initiativ till en på bred bas upplagd hälsokontroll, i vilken som ett led även ingår diabetesspårning. Försök med denna form av allmän hälsokontroll pågår nu i Värmland sedan hösten 1962 och det är styrelsens avsikt att utvidga verksamheten till andra län, om försöksverksamheten i Värmland utfaller väl.

Diabetesspårningen drives alltså så aktivt att styrelsen räknar med att inom en 5-årsperiod kunna redovisa den totala diabetesfrekvensen i

riket med betydligt större grad av säkerhet än vad som nu kan ske. Det förtjänar i detta sammanhang understrykas, att spårning av diabetes i en befolkning bör ske fortlöpande. Värdet av en engångsinventering blir mer begränsat.

Den slutna vården av diabetes vid våra sjukhus *Resultat av en enkät*

Målet vid diabetesbehandling bör vara att söka normalisera den rubbade ämnesomsättningen så långt sig göra låter. Det innebär bland annat att sträva efter ett blodsocker så nära normala gränser som möjligt. I mitten av 1930-talet frågick man på sina håll mer eller mindre denna målsättning genom att hävda, att blodsockernivån saknade betydelse blott patienten var subjektivt symptomfri och hade gott allmäntillstånd samt att urinen var fri från acetonkroppar. Vid förekomst av hyperglykemi och glykosuri fästes ringa avseende.

Man kan få en patient praktiskt taget fri från subjektiva diabetessymtom genom att låta honom äta vad som helst i fria mängder och tillföra insulin, och även om en avsevärd hyperglykemi och glykosuri kvarstår. Den vid tiden för insulinbehandlingens införande allmänt använda diabeteskosten var genom sin ofysiologiska sammansättning, höga fetthalt och låga kolhydrathalt så onjutbar att den ofta verkade mer psykiskt nedbrytande och invalidiserande än sjukdomen som sådan. Detta gällde i alldeles särskild grad barnen. Det låg då frestande nära till hands att helt eller delvis frångå en reglerad kost vid behandlingen. Den så kallade fria kosten med sina olika varianter gjorde sitt intåg. När komplikationer från kärlsystem eller nervsystem uppträdde, hävdade man att dessa icke sammanhängde med behandlingen av sjukdomen utan endast utgjorde ett nytt utvecklingsstadium i ett och samma patogenetiska skeende.

Den numera av flertalet diabetesspecialister accepterade uppfattningen är, att dålig diabeteskontroll gynnar uppkomsten av kärlkomplikationer, får dem att debutera tidigare och progrediera snabbare med invaliditet eller död som följd. Med dålig diabeteskontroll avses sådan, där man

icke eftersträvar normalisering av blodsockret och frånvaro av socker i urinen eller icke i varje fall söker nedbringa mängden av utsöndrat socker i urinen till ett minimum. Diabetes behandlad med fri kost eller variant därav blir nästan alltid liktydig med dåligt skött diabetes. Det var därför ett naturligt led i en diabetesutredning att inhämta sjukhuschefernas inställning till den reglerade kosten, det vill säga en kost, där avvikelserna från en hygienisk vardagskost inte är så stora och mer ligger på det kvantitativa än det kvalitativa planet.

Diabeteskosten bör i princip vara kaloriknapp för att motverka fetma. Inom ramen för denna kaloriknapphet kan man dock göra kosten relativt kolhydratrik och äggviterik men den bör vara fettfattig. Vi tillåter till exempel 150—250 gram kolhydrat, 100—120 gram äggvita och 40—70 gram fett per dag, varvid är att märka att en daglig fettmängd av 70 gram endast underskrides i de fall, där man samtidigt avser att reducera kroppsvikten. Kosten kan och bör göras både god och omväxlande.

När utredaren nu ansluter sig till flertalet diabetesspecialister och hävdar, att en väl inställd diabetes innebär ett visst om också ofullständigt skydd mot kärlkomplikationer, är det angeläget understryka, att vi icke känner orsakerna till kärlkomplikationer vid diabetes, att en ivrig forskning, delvis som grundforskning, pågår inom området men att mycket mer forskning krävs. Det är att hoppas att denna forskning i framtiden kommer att resultera i bättre möjligheter till profylax och behandling av dessa komplikationer. Intill så skett, återstår oss emellertid intet annat komplikationsskydd än en noggrann reglering av diabetestillståndet, och en förutsättning för detta är att man reglerar den sjukas kost.

I avsikt att utröna om den reglerade kosten blivit en allmänt accepterad princip vid diabetesbehandling på våra sjukvårdsinrättningar har ett frågeformulär utsänts till överläkarna vid 118 medicinska kliniker, 40 barnkliniker, 24 odelade lasarett och 70 sjukstugor samt därjämte ett mindre antal avdelningar för långvarigt sjuka,

efterbehandlings- och rehabiliteringskliniker. I formuläret har följande alternativ uppställts: fri kost, fri kost minus socker, kost reglerad i avseende på tillförd kolhydratmängd samt kost jämväl reglerad i avseende på tillförd mängd äggvita och fett.

Det är klart att denna kostindelning är grovt schablonmässig och att kosten måste kunna individualiseras betydligt mer än vad som rymmes i denna gruppering. Man kan vara medveten om den reglerade kostens betydelse och trots detta ibland vara tvungen att helt frånga en diabeteskost, till exempel vid en nutritionsrubbing hos en åldring med diabetes. Avsikten med enkäten har varit att få fram den kostprincip man i flertalet fall tillämpar.

Av enkäten framgår att så kallad fri kost, det vill säga en kost som icke reglerats till mängd eller sammansättning, som regel icke ordinerar diabetiker vid någon av de tillfrågade klinikerna.

Fri kost minus socker förekommer tyvärr ännu på sina håll, främst då på de mindre sjukhusen. Denna kost är visserligen i visst avseende reglerad men i otillräcklig utsträckning och den är icke förenlig med den kunskap vi nu äger om diabetes och betydelsen av en reglerad kost som ett led i behandlingen. Erfarenheten lär att en sådan kost blir mycket växlande till sin sammansättning, avseende den dagliga tillförseln av kolhydrat, äggvita och fett och att därigenom möjligheten att hålla blodsockret nära normala värden försvåras, för att inte säga omöjliggöres. Det är främst på de små sjukhusen som denna kostform fortfarande kommer till användning och det är förstående att det kan vara svårt för de små sjukhusens kök att ordna en rationell diabeteskost. Det borde dock ligga inom möjligheternas ram att reglera kosten på ett mer ändamålsenligt sätt. Blandad kost minus socker borde inte längre få förekomma på våra sjukhus.

I många fall har kosten reglerats avseende mängden kolhydrat medan däremot äggvita och fett tillåtits i fri mängd. Bäst är givetvis den kost, där mängderna kolhydrat, äggvita och fett reglerats men mycket är dock vunnet genom den enkla åtgärden att reglera kolhydraterna. En på detta

sätt reglerad kost måste ofta av kökstekniska skäl accepteras på mindre sjukhus. Det är att hoppas att den djupfrysta färdiglagade dietmaten i framtiden skall möjliggöra för alla sjukhus att tillhandahålla en kost, reglerad till såväl kolhydrat som äggvita och fett.

Kosten för diabetiker

Vid medicinska kliniker

Förfrågan har gjorts vid 118 medicinska kliniker och svar har ingått från 117. Den så kallade fria kosten tillämpades icke vid någon av de tillfrågade klinikerna, däremot fri kost minus socker vid 9 kliniker. Vid 16 kliniker var kosten reglerad endast avseende kolhydrat medan den vid 72 kliniker var reglerad även avseende mängden äggvita och fett. I resterande 20 fall har uppgivits att kosten regleras individuellt för olika kategorier av diabetiker och man har avstått från att närmare precisera kosthålllet. I dessa fall synes det dock skäligt tro att någon form av kostreglering kommit till användning i flertalet fall och enkäten skulle då ge till resultat att reglerad kost tillämpas vid 92 % av våra invärtesmedicinska kliniker. Detta resultat måste bedömas som ganska tillfredsställande. Det är anmärkningsvärt att blandad kost minus socker tillämpas vid en Stockholmsklinik och två av våra större landsortskliniker.

Vid barnkliniker

Förfrågan har gjorts vid 40 pediatriiska kliniker och svar har ingått från samtliga. Den så kallade fria kosten tillämpades icke vid någon av de tillfrågade klinikerna, däremot fri kost minus socker vid 4 kliniker. Vid 18 kliniker var kosten reglerad endast avseende kolhydratmängden medan den vid 18 kliniker var reglerad även avseende äggvita och fett. Reglerad kost tillämpas sålunda vid 90 % av våra barnkliniker, ett resultat som måste sägas vara anmärkningsvärt om man betänker att ett av incitamenten till fri kost på sin tid utgick från en av våra pediatriiska universitetskliniker.

Vid odelade lasarett

Förfrågan har gjorts vid de 24 odelade lasa-

retten och svar har ingått från samtliga. Den så kallade fria kosten tillämpades icke vid något av de tillfrågade lasarett, däremot fri kost minus socker vid 8. Vid 8 lasarett var kosten reglerad endast avseende kolhydraterna medan den vid 8 var reglerad även avseende äggvita och fett. Reglerad kost tillämpas sålunda vid två tredjedelar av de odelade lasarett.

Vid sjukstugor

Förfrågan har gjorts vid 70 sjukstugor och svar har ingått från 68. Den fria kosten tillämpades inte vid någon av de tillfrågade sjukstugorna, däremot fri kost minus socker vid 21 sjukstugor. Vid 23 var kosten reglerad endast avseende kolhydraterna medan den vid 19 sjukstugor var reglerad även avseende äggvita och fett. Reglerad kost tillämpas sålunda vid 62 % av de tillfrågade sjukstugorna.

Vid epidemisjukhus och sanatorier

Förfrågan har gjorts vid 31 epidemisjukhus och svar har ingått från 27. Den fria kosten tillämpades inte vid något epidemisjukhus, däremot fri kost minus socker vid 5. Vid 5 epidemisjukhus var kosten reglerad endast med avseende på mängden kolhydrat medan den vid 10 jämväl var reglerad avseende äggvita och fett.

Förfrågan gjordes vid 33 sanatorier och svar ingick från samtliga. Fri kost tillämpades icke vid något av dem, däremot fri kost minus socker vid 14 sanatorier. Kosten var reglerad endast avseende kolhydraternas mängd vid 4 och reglerad jämväl avseende äggvita och fett vid 12 sanatorier.

Enkäten om diabetikernas kosthåll vid våra sanatorier gav ett nedslående resultat. Endast vid vartannat sanatorium ges diabetikern en tillfredsställande kost. Det är så mycket mer beklagligt som kombinationen diabetes och tuberkulos är ogynnsam för bägge sjukdomarna. Ett villkor för optimala läkningsbetingelser av tuberkulos är att diabetessjukdomen är väl inställd. En samtidig tuberkulos gör ofta patientens diabetes labil, malign och ketoacidosenägen. Det är omöjligt att stabilisera en labil diabetes, om man avstår från kravet på en kost, reglerad

såväl till mängd kolhydrat som äggvita och fett. På sanatorier vårdas ibland unga människor, vars diabetes i och för sig är mera labil än vad fallet brukar vara vid diabetes i höga åldrar. Sanatorievistelsen blir ofta lång och risken därigenom större än på akutsjukhusen att ett olämpligt kosthåll gynnar uppkomst och progress av kärlförändringar.

Vid övriga kliniker

En förfrågan har också gjorts vid samtliga kirurgiska, gynekologiska, dermatologiska, oftalmiatrika, otiatrika, ortopediska, neurologiska och neurokirurgiska kliniker. Som väntat har klinikcheferna som regel svarat att diabetes på deras kliniker sköts av invärtesmedicinare och i enlighet med de principer som tillämpas på respektive medicinska kliniker. Så långt kan allt sägas vara gott och väl, eftersom utredningen icke givit fog för kritik mot diabetesvården vid flertalet av de invärtesmedicinska klinikerna. Diabetespatienter klagar dock ofta över den behandling, avseende diabetessjukdomen, som ges på icke medicinska kliniker. Enligt utredarens erfarenhet riktas denna kritik särskilt ofta mot kirurgklinikerna, kanske främst därför att så många diabetiker vårdas där, inte sällan för sjukdomar med direkt orsakssammanhang med diabetes. Konsultverksamheten kan bli mycket betungande på större sjukhus och mer hänsyn borde tas till den konsultativa verksamhetens omfattning, då läkarantalet på en invärtesmedicinsk klinik fastställs. En annan viktig faktor är avdelningsläkarens och sköterskepersonalens intresse för diabetes. Ibland tillkallas invärtesmedicinaren för sent eller inte alls. Till den kost diabetikern ordinerar tas inte alltid nödig hänsyn. Märkligt nog är ofta kirurgens intresse för diabetes mindre ju yngre han är, ett förhållande som kan tyckas egendomligt. Avdelningspersonalens stora arbetsbörda, ovana med och understundom bristande intresse för diabetesvård är också bidragande faktorer. Det är utredarens erfarenhet att diabetikernas kritik härvidlag i många avseenden är befogad.

Vid mentalsjukhusen har en betydande upprustning skett, även om mycket återstår att rätta till. Anställandet av för kroppsvården ansvarig

och kompetent läkare vid flertalet mentalsjukhus har betydligt mycket även för diabetesvården.

Sammanfattning

Utredningen har visat att intresset för kostfrågor vid diabetes är avsevärt, främst då, och som väntat, bland läkarna med specialitet i invärtesmedicin. Det kan med tillfredsställelse konstateras att fri kost icke ges diabetiker vid våra sjukhus. Även fri kost minus socker förekommer i betydligt mindre omfattning än för 20 år sedan men förekommer dock på sina håll, vilket inger betänkligheter. I den mån detta sammanhänger med personalsvårigheter och små sjukhuskök är väl inte så mycket att säga härom, även om allt bör göras för att skapa bättre möjligheter för sjukhusköken att fungera som dietkök. Man har även anledning hoppas att industriellt tillverkad djupfryst mat i portionsförpackning skall bli en framkomlig väg. Anmärkningsvärt och beklagligt är dock att blandad kost minus socker fortfarande används på några invärtesmedicinska kliniker. En kost, reglerad enbart till mängden kolhydrat är givetvis bättre än blandad kost minus socker, men leder till allt för stora dygnsvariationer. Bäst är en individuellt avpassad kost, där såväl mängden kolhydrater som äggvita och fett regleras. Det är glädjande att barnläkarna i så stor omfattning accepterat en reglerad kost.

Följande åtgärder föreslås med anledning av den förebragta utredningen:

1. En cirkulärskrivelse bör utgå till samtliga läkare, i vilken principerna för en rationell diabetesbehandling slås fast.

2. Kostkonsulenter (så kallade dietister) bör anställas åtminstone vid de större sjukhusen. Detta förutsätter utbildning av en ny yrkeskår.

3. Större hänsyn bör tas till den konsultativa verksamhetens omfattning då läkartjänster inrättas vid de medicinska klinikerna. Utredaren är medveten om att den rådande läkarbristen är främsta orsaken till att så inte kunnat ske. En utökning av läkarnas antal vid de medicinska klinikerna skulle möjliggöra en förbättrad och intensifierad vård av diabetiker på icke invärtesmedicinska kliniker.

(Forts i nästa nr)