

Varför finns det så få reumatologer?

Hinder och möjligheter i dagens läkarutbildning

Erik Allander

Reumatikervården har diskuterats vid flera tillfällen under senare år. Några sådana diskussioner har tidigare presenterats i SMT (Ref 1, 2, 3). Reumatikerföreningen i Stockholms län arrangerade den 2 april 1981 en debatt om reumatologbrist och läkarutbildning med deltagande av reumatologer, politiker och administratörer. Åsikterna om den påstådda reumatologbristens storlek, orsaker och även dess existens var inte oväntat delade. Diskussionsdeltagarna var dock i princip eniga om bättre samarbete och ökat ansvar för primärvården för vården av reumatiker. Utbildningsinsatser är dock nödvändiga för att förbättra denna vård. Följande referat av diskussionen är en redigering av ett bandat material, genomförd av Erik Allander, professor vid socialmedicinska institutionen, Huddinge sjukhus.

Ethel Nilsson, Bitr överläkare, Reumatologiska kliniken, Karolinska sjukhuset.

Karl-Erik Olsson, Överläkare, Ortopediska kliniken, Karlskrona, ordförande i Svensk Ortopedisk förening.

Stig Rindborg, Sjukvårdslandstingsråd, Stockholm, paneldeltagare.

Kurt Roos, Byråchef, Socialstyrelsen, paneldeltagare.

Folke Sjöqvist, Professor/överläkare, Kliniskt farmakologiska avdelningen, Huddinge sjukhus, Ordförande i Karolinska Institutets linjenämnd, paneldeltagare.

Ulf Schöldström, Ombudsman, Läkarförbundet.

Diskussion vid möte anordnat av Reumatikerföreningen i Stockholms län på Tellus den 21 april, 1981.

Deltagare i diskussionen på Reumatikerföreningen i Stockholms läns möte på Tellus den 21 april 1981:

Erik Allander, Professor, Socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus, suppleant i Reumatikerföreningens styrelse, biträdande panelordförande.

Bernhard Grewin, Leg läk, Medicinkliniken III, Södersjukhuset.

Ragnhild Gullberg, Professor/överläkare, Reumatologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, paneldeltagare.

Kaj Hammarmyr, Bitr personalchef, Central sjukvårdsförvaltning, Stockholm, paneldeltagare.

Gunnar Källgren, Ordförande i Reumatikerföreningen i Stockholms län, panelordförande.

Inledning

I arbetet med frågor som berör reumatikervården kommer man mycket snabbt in på den nyckelställning som reumatologerna har. Många är de frågor som medlemmarna i Reumatikerföreningen i Stockholms län har ställt som både direkt och indirekt berör läkarutbildningen och då speciellt utbildningen av reumatologer. Den problematiska situationen för Stockholms reumatikervård, kanske speciellt den situation som Huddingekliniken har haft, har gjort att styrelsen valt läkarutbildningen som tema för detta föreningsmöte. För att täcka in utbildningsproblematiken alltifrån grundutbildningen av läkare till specialisten i nutid och framtid hade ett

antal specialkunniga på området vänligheten att ställa upp i en paneldiskussion.

Debatten leddes av föreningens ordförande Gunnar Källgren med biträde av Erik Allander.

Inledningsanförandena och diskussionerna bandades. Från detta material har redigering gjorts av Erik Allander för att förkorta så att debatten tekniskt sett skulle kunna publiceras på ett begränsat utrymme, men naturligtvis utan att förändra budskapet i inläggen. De deltagande har haft tillfälle att ta del av sina ursprungliga inlägg för korrigeringar eller kompletteringar. Det ursprungliga utskrivna materialet finns tillgängligt hos Reumatikerföreningen i Stockholms län.

Gunnar Källgren:

Vi har alltså valt temat "Varför finns det så få reumatologer?" till det här mötet därför att när man diskuterar reumatikervården har man nästan undantagslöst kommit in på denna fråga som inte bara berör Stockholms län.

På vårt årsmöte nyligen nämndes att vi till vår glädje skulle få en nyöppnad modern reumatologklinik på Huddinge sjukhus. Men utvecklingen blev inte riktigt den vi väntat oss. Av de sju tjänster som denna reumatologklinik fick har bara två besatts. Man har nyligen temporärt överfört en reumatologisk avdelning till medicinkliniken på Huddinge sjukhus.

På Karolinska sjukhusets reumatologklinik har länge surrat rykten om nedskärningar. Nu har denna direktions i en PM till regeringen föreslagit en nedskärning från 55 till 35 slutenvårdsplatser, men man avser också att dra in en läkartjänst. För närvarande har KS en väntetid på 180 dagar. KS reumatologklinik har också cirka 30% patienter i öppen vård från andra upptagningsområden. När KS "skriver av" dessa patienter, lämnas dessa inte sällan utan vård och utan kontroll av distriktsläkare med otillräcklig utbildning i reumatologi.

Folke Sjöqvist:

Läkarutbildningen har under årens lopp varit föremål för flera utredningar. Det pågår just nu en allmän översyn av läkarutbildningen, både inom Uni-

Ett av problemen med att planera en ny läkarutbildning är att hela tiden nya kunskapsområden växer fram.

versitets- och Högskoleämbetet (UHÄ) och lokalt inom de olika medicinska högskolorna, bl a här vid Karolinska institutet. Vill man påverka läkarutbildningens innehåll så är det lämpligt att göra detta just nu. Samtidigt som man har högt ställda krav på förbättringar av undervisningen drivs också från centralt håll kravet på minskade kostnader.

Ett av problemen med att planera en ny läkarutbildning – en för alla läkarkategorier gemensam bas – är att hela tiden nya kunskapsområden växer fram, vars ämnesföreträdare kan ställa berättigade krav på att just dennes ämne har ökat i betydelse sedan man senast ändrade läkarutbildningen.

Det är inom reumatologin viktigt att handkirurgen, ortopederna och reumatologen undervisar samtidigt om tex den reumatiska handen, men en sådan undervisning ställer emellertid stora krav på resurser och schemaläggning.

Vid Karolinska Institutet vill man bl a ha in tidigare patientkontakter och en bättre samordning mellan olika ämnen i läkarutbildningen. Inte minst vill man ge allmänläkarvården liksom långtidsvården utrymme i grundutbildningen utan att ta bort den nuvarande huvudstrukturen.

Ett annat problem i strävan att komma fram till en optimal läkarutbildning är att olika huvudmän ansvarar för olika delar av undervisningen. Grundutbildningen är emellertid inte den nivå där man skall lösa rekryteringsproblemen.

Det är mycket viktigt att slå fast att vi behöver forskning och forskare, inte minst inom de invaliderande folksjukdomarna.

Kurt Roos:

I den gamla läkarutbildningen motsvarar de olika assistenttjänstgöringarna den nuvarande allmän- tjänstgöringen (AT) omfattande 21 månader med flera moment bl a allmän medicin och kirurgi.

Efter AT kommer fortsatt vidareutbildning (FV) på 4 1/2 år som krävs för att uppnå specialistkompe-

Det är alldeles för smalspårigt att diskutera reumatikernas situation enbart i termer av tillgång på reumatologer.

tens eller allmänläkarkompetens. Krav på sex veckolånga sk NLV-kurser ingår också.

Från mitten av 70-talet då man fritt sökte vikariat eller underläkartjänster direkt på klinikerna har systemet ändrats ganska radikalt.

Det nuvarande styrsystemet fungerar på det sättet att man anpassar antalet block till den förväntade examinationen från de medicinska högskolorna. Dessa utbildningsplatser fördelas sedan på olika specialutbildningsmål för Sverige som helhet i samråd mellan sjukvårdshuvudmännen, Läkarförbundet och UHÄ. Socialstyrelsen är den sammanhållande och koordinerande, och presenterar ett sammanvägt förslag om ett exakt antal block inom varje specialitet fördelat på sjukvårdsområde.

Jag tycker det är alldeles för smalspårigt att diskutera reumatikernas situation enbart i termer av tillgång på reumatologer. Vårdorganisationen skall bygga på samverkan mellan primärvård, länssjukvård, och där distriktsvården måste ta ett betydande ansvar men också sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Reumatikervården måste vara ett teamarbete.

Hur är det med tillgången på läkare? I mars 1979 fanns det 950 allmänläkare, 42 reumatologspecialister, 23 handkirurgspecialister och cirka 270 ortopedkirurger.

Varför är det så få reumatologer idag? Det hänger dels ihop med att utbildningsökningen har kommit så sent, dels att den faktiskt inte har kunnat göras tidigare. Reumatologtjänster är redan i dagsläget faktiskt fler än antalet tillgängliga reumatologspecialister. Inom handkirurgi och ortopedi finns i stort sett folk till alla tillgängliga tjänster.

Reumatologi har prioriterats. När det gäller reumatiska sjukdomar så planerade man under mitten av 70-talet att man 1985 skulle nå upp till 80 specialister. Denna ambitionsram höjdes i slutet av 70-talet till 100 specialister 1985. Antalet utbildningsblock i reumatologi var 1977 6 st, 1978 9 st, och 12

resp 13 1979 och 1980. 1982 och 1983 planeras 15 block till vardera året. Av de 15 planerade FV-blocken i reumatologi för åren 1982–1983 är det planerat 5 för vardera året i Stockholm.

Stig Rindborg:

De två områden som ofta diskuteras under den period jag har varit verksam har varit psykiatri och reumatologi. För reumatologins del fattades 1979 i augusti beslut om hur utbyggnaden skulle ske. Man har emellertid dröjt kvar med vissa resurser på S:t Erik. Man har inte heller kunnat utveckla HS på det sätt man hade planerat. Det är just bristen på att få personer till dessa stora uppgifter, tex att få en överläkare till reumatologkliniken på Huddinge sjukhus, vilket varit en hämsko på utvecklingen.

I Stockholm arbetar vi för att vid fem olika sjukhus få bassänger och resurser för reumatiker.

Reumatologin är en sådan del av sjukvården att kunde man där skapa resurser så blir väldigt snabbt de som lider av den här sjukdomen friska och kan komma tillbaka till ett helt annat liv till gagn för samhället och till glädje för sig själva. Det finns emellertid flera sådana områden och några patentlösningar kan jag inte komma med.

Kaj Hammarmyr:

Vi är nästan i balans när det gäller antalet reumatologtjänster och tillgängliga reumatologer. Då kan man väl tycka att det borde vara gott och väl. I Stockholm har vi just nu 16 tjänster för vidareutbildning av läkare till specialister och det finns 20 reumatologer i området. Det kan tyckas som om det är ett utmärkt underlag för att bygga upp en reumatologisk sjukvård här i Stockholm. Jag skall ta upp några problem. Ett är klassificeringen av läkares specialisttillhörighet. Ett exempel:

Erik Nettelbladt, överläkare på Södersjukhuset, är registrerad som reumatolog. Han är dock överläkare på en medicinklinik och klassificeras tekniskt som invärtesmedicinare, men en stor del av verksamheten på kliniken är reumatologi.

Vi vet att det finns vakanta tjänster på HS och KS. Flera som har utbildats i reumatologi eller skaffat sig specialistkompetens har emellertid sadlat om. En viktig faktor är att vi inte har någon överlä-

.....
*Till en viss del kan Stockholms läns landsting
sagas vara en utbildningsanstalt.*
.....

kare på plats på HS. En överläkare hoppade av under tillsättningsproceduren efter ett års tid och då hade vi förlorat ett år. Läkartillsättningar är en procedur som tar förfärligt lång tid. Ingen skulle bli gladare än jag om vi kunde få en annan tingsens ordning när det gäller läkartillsättningar. Jag tror inte alls det är lyckligt att försöka styra läkarna hårdare, tex genom en omfördelning mellan olika sjukhus.

I Stockholm är det allmänt sett lätt att hamna i ett visst överskottsläge när det gäller läkare. Till en viss del kan Stockholms läns landsting sägas vara en utbildningsanstalt, men sjukvårdsförvaltningen är tveksam till en överskottsutbildning.

Bernhard Grewin:

Socialstyrelsen skrev 1969 i Råd och anvisningar för reumatologisk vård att det 1985 skulle finnas 150 specialister i landet. Men så har det inte blivit, trots att Svensk Reumatologisk förening via Läkarförbundet varje år från 1975 har påpekat att utbildningsmöjligheterna för nya reumatologer varit för få. Svensk Reumatologisk förening fann vid sin årliga förfrågan att det fanns mellan 20–30 utbildningsmöjligheter men tilldelningen av FV-block har bara varit mellan 6 och 13 under samma tidsperiod, dvs 1976–1980.

Kurt Roos:

Grewins beskrivning är inte fullständig. Läkarfördelningsarbetet är en samrådsprodukt mellan tidigare fem, numera fyra, samverkande parter. I diskussionen fördes fram att det skulle kunna vara rimligt att ge flera utbildningsblock till bl a bristspecialiteter för att man fortare skulle komma upp till en önskad nivå. Då hävdade emellertid bl a Läkarförbundets representant att man *inte* kunde göra så eftersom det skulle ha negativa konsekvenser för andra specialiteter. Det var alltså då omöjligt att få tillräckligt stöd för tanken att exempelvis höja antalet block för reumatologi, röntgen, vissa laborato-

riespecialiteter. Till viss del lyckades dock detta för långvård och psykiatri, men de har å andra sidan inte lyckats besätta alla sina utbildningsblock. Först under senare år har det gått att få gehör för att öka blocken i reumatologi. Områdena långvård, psykiatri och allmänläkarvård prioriteras i blocktilldelning. Mellan olika specialiteter har det varit en väldig kamp om att få tillräckligt med block.

Ragnhild Gullberg:

Vi skulle kunna ta fem utbildningsblock i reumatologi per år vid reumatologikliniken på KS, men vi har, efter mycken kamp, endast fått två, möjligen tre block. Men i år har denna tilldelning dragits ned så att vi bara får ett enda block.

Läkarförbundet har varit kärtvt men reumatologi är en ung specialitet som har haft svårt att hävda sig. Inte ens under ekonomiskt gynnsamma år kunde vi bygga upp en bas för fortsatt utveckling. Invärtesmedicinerna har bromsat oss en del. Det blir inget av reumatologin om vi inte får stabilisera oss.

Jag vet alltså hur kärtvt det är att vara reumatolog. Det är inte svårt att rekrytera till specialiteten, för att reumatologi skulle vara speciellt tråkigt. Arbetet med patienterna tycker de allra flesta är stimulerande men själva sjukvården är så arbetssam och tidskrävande. Jag anser att det krävs betydligt flera specialistläkartjänster. Vill man göra forskarkarriär skall man akta sig för reumatologi. Tillräcklig tid för forskning finns knappast för någon reumatologi i kliniskt arbete. I olika utredningar har problemen lagts på is och deras lösning förhalats. Vi har inget emot att något reducera antalet vårdplatser för öppenvården.

Karl-Erik Olsson:

Tillgången på ortopedier är betydligt bättre nu än för tio år sedan, men ortopedier är fortfarande en bristvara, samtidigt som det också är brist på tjänster. Stora vinster har gjorts på den tekniskt-ortopediskt-operativa delen när det gäller ersättningskirurgi för

.....
*Invärtesmedicinerna har bromsat oss reuma-
tologer en del.*
.....

olika leder, framför allt när det gäller höftleder. Jag tror att en satsning på reumatologi och ortopedi, sjukgymnaster och arbetsterapeuter för en teamverksamhet skapar en bättre förutsättning för en utbyggnad av reumatologin.

Ulf Schöldström:

I specialistföreningarnas bedömning av utbyggnaden och målet 1985 önskade man 3000 läkare mer än vad som kommer att finnas att tillgå, dvs 18000 vidareutbildade läkare, men bara 15000 finns att tillgå 1985.

Läkarförbundet har nämnts i diskussionen om blocktilldelningsfrågan. Vi hamnar mellan Socialstyrelsen och våra egna medlemmars specialistföreningar och får örfilarna. Socialstyrelsen tycker ibland att vi är alldeles för orimliga i våra krav när vi för fram vad våra specialistföreningar säger, men specialistföreningarna blir väldigt besvikna när de inte får gehör för sina synpunkter i Socialstyrelsen. En prutning drabbade också reumatologin. Men däremot kan målet att i slutet av 80-talet ha 150 reumatologer uppnås.

Ragnhild Gullberg:

Jag håller med om vartenda ord om samarbete och teamwork. Finns det inte möjlighet med korrigeringar av upptagningsområdena för ortopedi så att man kan inrymma den reuma-kirurgiska biten där det finns reumatologisk verksamhet? Man måste vara väldigt aktsam om den reumatologi vi har och inte bryta ner de resurser som finns. Vi får försöka med en rad improvisationer.

Det finns ingen klinik vid Karolinska sjukhuset med så låg läkartäthet som reumatologiska kliniken och vi ligger långt under de normer som finns vad beträffar sjukgymnaster, arbetsterapeuter osv som kan behövas vid en reumatologisk klinik. Det finns inte en reumatologisk klinik i Stockholm som har en bassäng.

Många riksdagsmotioner har stött på reumatologin. Vi har också betänkanden om utbyggnad av reumatologisk undervisning, forskning och sjukvård men stödet i riksdagsmotioner verkar inte ha någon större praktisk betydelse. Det fordras krafttag för att vården skall fungera. Men det är bara för

.....
Det är skrämmande att vi inte kunnat få en väl fungerande reumatologisk klinik på Huddinge sjukhus genom att vi inte fått en klinikchef utnämnd. Skulle ledningen för LM Ericsson acceptera en sådan situation om det gällde att få igång en ny fabrik?
.....

ett fåtal patienter vi fått resurser för att kunna gå in i detta viktiga arbete.

Gunnar Källgren:

Det är lite skrämmande att vi inte har kunnat få en väl fungerande reumatologisk klinik på HS genom att vi inte har fått en klinikchef utnämnd. Skulle ni tänka er att ledningen för LM Ericsson skulle acceptera en sådan situation om det gällde att få igång en ny fabrik?

Om man bygger upp en fin modern reumatologisk klinik på det finaste sjukhuset vi kanske har i Sverige så får man väl ändå inte låta den förstöras genom att man har en så dålig planering att man inte kan få tillsatt en bra klinikchef och som drar dit bra reumatologer. Det blir till syvende och sist ändå vi reumatiker som får betala priset.

Kaj Hammarmyr:

Det är alltså just nu ett överskott av sluttjänster inom reumatologi. Den som först fick eller var påtänkt till reumatologiöverläkartjänsten på Huddinge visste att det skulle ledigförklaras professorer i Göteborg, Umeå och Lund under den närmaste tiden. Samtidigt fanns förhoppningen om en professur i reumatologi vid Huddinge, men detta kunde av olika skäl inte genomföras. Han gick då så småningom motvilligt med på att ta tillbaka sin ansökan till tjänsten på Huddinge.

Stig Rindborg:

Jag uppfattar att professorer och kyrkoherdar är bland de svåraste att ha att göra med när de skall ha tjänster.

Ethel Nilsson:

Kring Huddinge har det varit ett förbaskat mygel!

Professorer och kyrkoherdar är bland det svåraste att ha att göra med när de skall ha tjänster.

Varför tog man inte någon annan av de fyra sökande till Huddinge-tjänsten som vikarie? Man tog istället en utomstående som inte sökt tjänsten förrän vid återannonseringen. Är det 3 miljoner av reumatologanslaget som används inom medicinklinken på Huddinge sista året? De andra reumatologklinikerna, Danderyd, SÖS, KS och S:t Erik har sagt att de skulle kunna utnyttja dessa pengar mycket väl genom att ta in extraläkare.

Kurt Roos:

Här i Stockholms läns landsting är det speciella förhållanden eftersom det i stort sett motsvarar en vanlig svensk sjukvårdsregion. Därmed har man de mest specialiserade sjukhusen här i landstinget representerade av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus. Storstadsområdena har av gammal hävd en väldigt stark tyngd i sjukhusresurser och ganska liten bas ute i primärvården. Man har i motsats till resten av landet baserat sitt vårdutbud på sjukhusen, dess polikliniker och på de privatpraktiserande läkarna.

Det är faktiskt ganska sent som det har kommit reumatologspecialister till en rad landsting ute i Sverige men det har fungerat ganska hyggligt ändå.

I själva verket tror jag att tillgången på speciella reumatologiska resurser har varit bättre i Stockholm i jämförelse med landet i övrigt. Och ändå finns här i Stockholm betydande bekymmer, senast då exemplifierat med något vi kallar tvångsavskrivning av patienter på vissa kliniker, vilket är fel metod som leder bara till slagsmål om förvaltningsområdestillhörighet och annat. Från Socialstyrelsens sida menar vi att man måste ta ett samfällt grepp på reumavården samt basera den på välutbildade allmänläkare som får stöd av specialistresurserna på sjukhusen. Regelmässiga efterutbildningsdagar i distriktsvården och konsultinsatser för att ta hand om reumatikernas problematik bör utvecklas. På andra håll i landet har man lyckats med den

handkirurgiska vården. Är det alltså någonstans i koordinationen som det brister i Stockholms-området?

Man måste med stöd av sjukvårdshuvudmannen kunna etablera en ordnad kontakt mellan reumatologklinikerna och distriktsvården där man gör upp om ansvaret för reumatikerpatienterna. Det är också viktigt att förbättra samverkan mellan specialiteterna på sjukhusen.

Folke Sjöqvist:

Det är orealistiskt att ha som målsättning att varje patient med reumatiska sjukdomar skall behandlas av reumatolog.

Av befolkningen har 10 % sjukdomar inom rörelseapparaten. Vi kan inte som princip i läkarutbildningen ha att vi skall avsätta tid i denna som motsvarar frekvensen av olika sjukdomar. Vi måste bli avväga vad den högspecialiserade läkaren kan ta hand om, vad som hör till den ena eller andra specialiteten. Ett förslag till Ragnhild Gullberg: Varför inte försöka se till att internisterna får en bra utbildning i reumatologi så att de kan ta hand om majoriteten av de reumatiskt sjuka. De små specialiteterna, till vilka reumatologi måste räknas, bör ha som ambition att utbilda *andra* läkare så att *dess* kan ta hand om majoriteten av patienterna. Det är dock inte tillfredsställande att bara hälften av alla medicinare under sin grundutbildning får tjänstgöra på en avdelning där det finns specialistfall inom reumatologi. Det kanske viktigaste är att stimulera de unga medicinarna så att de i framtiden riktar in sin läkargärning mot de här sjukdomarna. En gammal pedagogisk kunskap är att en lärargestalt har mycket stort inflytande på elevrekryteringen. Jag efterlyser också vårdprogram inom reumatologin, som kan förstås av allmänläkare.

Kaj Hammarmyr:

Jag tror att reumatologin måste klara ut sina mellan-

Reumatologin måste klara ut sina mellanhanden med invärtesmedicinen.

havanden med invärtesmedicinen. Man måste veta vad som döljer sig under olika tjänster och klinikbe-teckningar. Jag kan glädja Kurt Roos med att det numera förekommer ett samarbete mellan klinik-cheferna i reumatologi inom landstinget. Det har varit möten där företrädare för Reumatikerförening-en i Stockholms län har varit med och där vi har haft en fin diskussion.

Kurt Roos:

Jag tror som Folke Sjöqvist att det är viktigt att man samlar till gemensamma allmänt accepterade rikt-linjer – vårdprogram – för hur man skall hjälpa reumatikerna. Man måste i det här läget välja att göra något samtidigt rationellt och radikalt.

Mitt råd skulle i det fallet vara att man med reu-matikerpatienternas goda minne uppmanar reuma-tologklinikerna att sätta av en del av sina resurser för en intensivutbildningssatsning av primärvårdens företrädare och på den vägen göra primärvården rustad att på ett kompetent sätt kunna ta över en hel del av patienterna.

Ragnhild Gullberg:

Det måste finnas en ordentlig bit reumatologi i grundutbildningen för samtliga läkare, inte bara för allmänläkare. Många specialister behöver också reumatologi i sin utbildning. Jag tycker man bör ha en månads praktisk reumatologi under grundutbild-ningen.

Gunnar Källgren:

Jag tackar paneldeltagare och diskussionsdeltagare för en stimulerande och värdefull debatt om läkarut-bildningen och reumatologins plats i denna. Diskus-sionen har med all tydlighet visat att fältet är kom-plicerat, men samtidigt att lösningar och möjligheter finns genom ökat samarbete och förståelse för var-andras synpunkter. Som reumatikernas talesman hyser jag den förhoppningen och kommer intensivt att arbeta för en bättre reumatikervård.

REFERENSER

1. Rörelseorganens sjukdomar – vårdplanering och vård-behov. Symposium vid Medicinska Riksstämman, 28 november 1974. Socialmedicinsk Tidskrift 54: 136–156, 1977.
2. Problem i Stockholms reumatikervård. Hur skall de lösas? Paneldebatt 6 oktober 1976 arrangerad av Reu-matikerföreningen i Stockholms län. Socialmedicinsk Tidskrift 54: 157–166, 1977.
3. Patienten, vården och politikerna. En debatt om reu-matikervården. Paneldiskussion arrangerad av Riksför-bundet mot Reumatism och Reumatikerföreningen i Östergötlands län, 9 oktober 1976. Socialmedicinsk Tidskrift 54: 167–173, 1977.