



Svensk Reumatologisk Förening 70 år

(1946 – 2016)





Svensk Reumatologisk Förening
70 år
(1946 – 2016)

Under redaktion av
Tomas Bremell, Ido Leden och Bengt Lindell.

Omslagsbild

Gammal valvbro över Ekehultsås, Södra Björkhult, Göinge. Ån förenar sjön Jämningen med sjön Immeln. Bron bär fortfarande kärra och automobil.

Bilden ingår i projektet ”Lars Torstensson och Lars Thulin: Gamla stenbroar i Kristianstads kommun”. Foto: Lars Torstensson, Kristianstad.

En bro, verklig eller virtuell, förenar mycket. Här får den symboliskt förena gammalt och nytt samt visa vägen in i en hoppfull framtid.

© Svensk Reumatologisk Förening
Grafisk formgivning: Peo Göthesson, Mediahuset i Göteborg AB
Tryckeri: Åkessons – GPC Tryck

ISBN 978-91-87514-44-9

Innehållsförteckning

<i>Ralph Nisell</i>	Förord _____	5
<i>Tomas Bremell, Ido Leden, Bengt Lindell</i>	Redaktörernas förord _____	9
1 <i>Ido Leden</i>	Reumatologins framväxt i Sverige _____	11
2 <i>Ido Leden</i>	Svensk Reumatologisk Förening 60 år – Ett axplock av händelser _____	13
3 <i>Ido Leden</i>	Gunnar Kahlmeter – Sveriges förste reumatolog _____	20
4 <i>Gunnar Kahlmeter d.y.</i>	Gunnar Kahlmeter om Gunnar Kahlmeter _____	23
5 <i>Ido Leden, Ola Nived</i>	Gunnar Edström – en av den svenska reumatologins grundare _____	28
6 <i>Ido Leden</i>	Nanna Svartz – Kortfattad biografi _____	34
7 <i>Ido Leden</i>	Tredje och fjärde generationens byggare av svensk reumatologi _____	40
8 <i>Ido Leden</i>	ReumaBulletinen – en tillbakablick _____	46
9 <i>Ido Leden</i>	Reumatologkongresser i Sverige – med tyngdpunkt på den första – den V:e ILAR 1936 _____	49
10 <i>Frank Wollheim, Ingrid E. Lundberg</i>	Sverige som värdland för skandinaviska kongresser i reumatologi 1964–2004 ____	53
	Reumatologi i Norden _____	66
11 <i>Lars Juul</i>	Reumatologien i Danmark _____	67
12 <i>Tom Pettersson</i>	Reumatologin i Finland _____	70
13 <i>Gerdur Gröndal</i>	Reumatologi på Island _____	75
14 <i>Erik Rødevand</i>	Reumatologi i Norge _____	78
15 <i>Tomas Bremell</i>	Reumatologin i Sverige _____	81
16 <i>Tomas Bremell</i>	Specialitetsstriden 2002-2005 – därför vann vi! _____	84
17 <i>Tomas Bremell</i>	Bemanningsutveckling under 2000-talet _____	91
18 <i>Boel Mörck</i>	Utveckling och ledarskap under 2000-talet _____	96

19	<i>Ido Leden, Carl Turesson</i>	Reumatologi – framgångsspecialitet i tiden _____	99
20	<i>Ralph Nisell, Lars Klareskog</i>	Nuläge och Framtid – ur ett kliniskt, vetenskapligt och organisatoriskt perspektiv	105
21		Appendix _____	111
		Förteckning över ordförande och sekreterare i Svensk Reumatologisk Förening _	111
		Hedersledamöter Svensk Reumatologisk förening _____	112
		Ledstjärnor Svensk Reumatologisk förening _____	113
		Förteckning över Reumatologkongresser som arrangerats i Sverige _____	114
		Litteratur för vidareläsning _____	115
		Författarlista _____	116

Förord

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) grundades en vacker vårdag i april 1946, det vill säga knappt ett år efter det att andra världskriget hade avslutats. Europa var sargat efter konflikterna och krigandet men en aktiv nyorientering spirade och framtidstron var stor. Syftet med SRF var, och är fortfarande, att organisera och på olika sätt stödja läkare i arbetet med personer som har drabbats av reumatisk sjukdom, det vill säga att bidra till att reumatiker kan erbjudas så bra och effektiv vård och hjälp som möjligt.

Under de första dryga tjugo åren arbetade SRF hårt för att förverkliga drömmen att bli en egen medicinsk specialitet. År 1969 kröntes arbetet då detta beviljades av Socialstyrelsen (i vilken Medicinalstyrelsen just hade inkorporerats). Därefter dröjde det ytterligare dryga 30 år tills nästa reumatologiska strid utspelades, den om att reumatologin skulle erhålla entiteten såsom egen basspecialitet, vilket efter reumatologisk kämpaglöd blev fallet 2005. Socialstyrelsen lyssnade på argumenten att den moderna reumatologin i Sverige, såsom en specialitet med höga krav på immunmoduleringskunskap och utövande, hade tillräckliga skäl och grund för att utgöra en egen medicinsk basspecialitet, och därmed inte en grenspecialitet till internmedicin.

När SRF firade 50 år skrevs även då en jubileumsbok. Det har verkligen varit 20 händelserika reumatologiska år sedan dess. Svensk reumatologi är väl rustad och står sig fortfarande mycket stark såväl nationellt som internationellt. De bakomliggande orsakerna till de svenska reumatologiska framgångarna baseras framför allt på två förhållanden.

För det första: vetenskap och klinik går i takt. Den translationella forskningen, från molekyl till människa har slagit rot i den svenska reumatologiska forskningsmyllan, och vunnit framgångar med många fina forskningsmiljöer i landet, och parallellt har svenska reumatologiregister unika och goda förutsättningar att följa och utvärdera patienter med reumatisk sjukdom. Detta gör att det sprudlar av utmanande aktiviteter och att ny reumatologisk kunskap produceras från Sverige i hög takt.

För det andra: reumatologin är en medelstor specialitet. Det finns i landet drygt 250 aktivt och kliniskt arbetande reumatologspecialister som även är ordinarie SRF-medlemmar. Tack vare god nationell samordning och kommunikation har vi ett bra nationellt och internationellt samarbete, både inom läkarprofessionen och inom forskarkåren, men även med andra sjukvårdsyrkesgrupper, patientföreningar, politiker och industrirepresentanter. SRF har under de senaste åren även varit befriad från tärande nationella motsättningar och konflikter, tack vare öppenhet och transparens, vilket även detta bidragit till ett gott reumatologiskt klimat med betydligt mer solsken än regn.

SRFs uppdrag är förutom att stödja reumatologer i sin kliniska verksamhet samt främja nationellt kliniskt samarbete och svensk reumatologisk forskning + utveckling, även att verka för hög kvalitet på såväl utbildning av unga blivande reumatologspecialister som fortbildning av etablerade. Dessutom är omvärldsbevakning och engagemang på både nationella och internationella hälso- och sjukvårdsarenor viktiga delar av SRFs arbete, och parallellt med detta främjande av positiv rekryte-

ring och ledarskapsutveckling inom vår reumatologiska specialitet. SRF har alltså genom åren utvecklat många strängar på sin lyra för att hantera sina uppdrag i en många gånger komplicerad och ständigt föränderlig omvärld.

För att kunna se framåt måste man först blicka bakåt. Att fira SRF 70 år innebär förstås en tillbakablick på den reumatologiska historiken. Man slås då av de fantastiska framsteg som sjukvården har gjort generellt och således även reumatologin. Fram till 70- och 80-talen har reumatologin handlat mycket om rehabilitering och symtomlindring, även om farmakologiska sjukdomsmodifierande terapier successivt hade vunnit mark. De senaste 17 åren har reumatologiska medicinska behandlingar handlat allt mer om immunmodulering tack vare avancerade medicintekniska framsteg med moderna så kallade biologiska läkemedel som introducerades i Sverige tidigt, således redan 1999, och som revolutionerat den reumatologiska vården. Vi kan idag inte bota men ofta i stort sett stoppa upp den reumatiska inflammationen och således hejda även sjukdomens negativa och destruerande förlopp. Personen som drabbas av reumatisk sjukdom – det vill säga patienten, reumatikern - kan därmed leva ett ”normalt” liv, som vilken annan individ som helst. Detta var som regel inte alls möjligt tidigare. Den medicinska immunologiska revolutionen som vi är mitt inne i, pågår fortfarande och det är förstås svårt att idag 2016 överblicka hur hela denna process kommer att fortsätta att utvecklas. Men spännande tider är det och förhoppningarna stora.

Att förutsäga framtiden är givetvis svårt, för att inte säga omöjligt. Emellertid kan man vara säker på att fortsatta förändringar kommer att ske framöver. Varje år får vi ökad kunskap tack vare framgångsrik forskning. Om man vågar sja något om vad som kommer att hända under de kommande åren kan man med tämligen stor säkerhet

åtminstone säga att den reumatologiska verkligheten inte kommer att se ut på samma sätt som idag. Förändring är något som tillhör livets utveckling och är ju även nödvändigt om det ska bli bättre framöver, vilket förstås även gäller för alla personer med reumatiska sjukdomar. Förändringar är något vi måste vara förberedda på så att de blir så pass smidiga och bra som möjligt. Och det kommer SRF att arbeta hårt för, i samarbete med många andra. Vi är inom SRF övertygade om att den reumatologiska framtiden ser ljus ut och tillsammans kommer vi fortsätta det framgångsrika arbetet med att göra livet lättare och bättre för dem som drabbas av reumatisk sjukdom. Som ett uttryck för framtidshopp kommer SRFs vision att formuleras under detta år och spikas av medlemmarna under Reumaveckan i Umeå i september.

SRF önskar i detta förord även passa på att tacka alla de som arbetat med och inom svensk reumatologi under de senaste 70 åren, för att (genom forskning) höja kunskapsnivån och/eller alla de som arbetat med vården för att förbättra livet för de människor som drabbats av reumatisk sjukdom. De giganter, de stora män och kvinnor, professorer och läkare, sköterskor och annan vårdpersonal vilka genom åren vikt sina liv åt detta arbete skänker vi i denna tid en tacksamhetens tanke då de lagt grunden till där vi står idag. Och till alla de andra som bidragit på ett mer eller mindre aktivt och uppoffrande sätt för reumatologins bästa.

Jag vill också å SRFs vägnar passa på att tacka alla de författare som bidragit med text och innehåll till denna uppskattade jubileumsbok, och särskilt vill jag rikta ett stort tack till de tre redaktörerna; Tomas Bremell, Ido Leden och Bengt Lindell för deras lovvärda initiativ och insats. Dessutom riktas ett särskilt tack till Mediahuset som hjälpt till med detta 70-års-bokprojekt och som under flera år har varit en nära och uppskattad SRF-samarbetspart-

ner. Utan er hjälp är det förstås högst tveksamt om jubileumsboken hade blivit av, och den hade absolut inte fått detta fina utseende och denna goda spridning till många läsare i landet.

Den pigga SRF-70-åringen kommer alltså 2016 att firas och uppmärksammas ordentligt och vi är stolta över hen. Här behövs varken käpp eller krycka, hen tar sig lätt och smidigt fram på egna ben, ofta med benägen hjälp av olika stödtrupper utspridda i Sveriges långa land. Inte har SRF symtom i form av smärta eller stelhet, det vill säga här finns inte några oroande inflammationstecken. SRF är aktivare och piggare än någonsin, således är hen uppfriskande fräsch och alert, samarbetar och kommunicerar gott med sin omgivning och har dessutom en orubblig tro på morgondagen. Det är således bara att haka på och hänga med det svenska medicinska reumatologiska tåget in i framtiden.

Stort GRATTIS till SRF och till alla som har bidragit, bidrar och kommer att bidra till SRFs välbefinnande! Insatserna och den positiva uppmärksamheten kommer i sin förlängning gagna dem som drabbas av reumatisk sjukdom, så att behandling, vård och omhändertagande blir så bra som möjligt, idag och i framtiden.

Ralph Nisell
Ordförande SRF

Redaktörernas förord

Vi har velat levandegöra Svensk Reumatologisk Förenings historia nu när föreningen fyller 70 år. Denna bok består av ett antal artiklar som belyser framväxten av specialiteten reumatologi och svensk reumatologis organisatoriska utveckling.

Samtidigt ger vi snart ut en annan bok – Reumatologins Rötter – som skildrar utvecklingen ur ett mer medicinhistoriskt perspektiv.

Varför fira 70 år? – Från 1946 har utvecklingen varit påtaglig. Då utgjorde Pensionsstyrelsens – sedermera Riksförsäkringsverkets – tre sjukhus (Åre, Nynäshamn och Tranås) hörnstenar i den reumatologiska vården samtidigt som en begynnande verksamhet kommit igång på landstingsägda sjukhus i Stockholm, Lund och Örebro. Reumatologi dominerades av rehabilitering i olika former – där vi f.ö. var mycket framstående och före vår tid. Redan under 1960–70-talen utvecklades patientskolor, teammottagningar, ökad patientmedverkan m.m. på ett sätt som ingen annan specialitet ännu påbörjat.

Under de senaste 30 åren har immunomodulation blivit specialitetens signum parallellt med en mycket omfattande forskningsverksamhet där klinisk forskning kopplas ihop med grundläggande immunologisk forskning som bidrar till att vi bättre förstår bakomliggande mekanismer till vad som händer i en inflammerad vävnad.

Denna bok vill bidra till att ge en bild av den historia som reumatologin genomgått. En del material är nyskrivet – annat är publicerat tidigare. Tillsammans hoppas vi att läsaren får en god bild av utvecklingen i svensk och internationell reumatologi under dessa 70 år (1946-2016).

Innehållet består av olika avsnitt. Det första belyser reumatologins framväxt i Sverige med detaljer om grundarna och byggarna. Här finns skildringar om pionjärerna Gunnar Kahlmeter, Nanna Svartz och Gunnar Edström samt byggare såsom Börje Olhagen, Olle Lövgren, Kåre Berglund, Frank Wollheim m.fl. Ett helt nyskrivet avsnitt skrivet av Gunnar Kahlmeters barnbarn (med samma namn) kan särskilt rekommenderas. Vi får här en inblick i hur en framstående medicinsk vetenskapsman verkade och levde under första hälften av 1900-talet.

Ido Leden har skrivit det mesta i denna del liksom en kortfattad historia om ReumaBulletinen.

Ett annat avsnitt är reumatologkongresser med anknytning till Sverige. Här har fr.a. Frank Wollheim bidragit med mycket spännande skildringar vilka också belyser den medicinska utvecklingen. I detta avsnitt har även Ido Leden och Ingrid Lundberg bidragit.

Vi har en speciell känsla för nordiskt samarbete i reumatologin vilket manifesteras av samarbete runt Scandinavian Congress of Rheumatology (SCR), Scandinavian Society for Rheumatology (SSR) och andra samarbeten. I samband med SCR 2014 inbjöds de fem nordiska ländernas reumatologföreningar att skriva sitt lands reumatologihistoria. Dessa artiklar görs nu tillgängliga i denna bok. Tack till Lars Juul (Danmark), Tom Pettersson (Finland), Gerdur Gröndal (Island) och Erik Rödevand (Norge).

Tomas Bremell har skrivit om den omfattande och långdragna specialitetsstriden under åren 2002–2005 vilket ledde till att vi – trots rejäl uppförsbacke – erkändes som enskild basspecialitet. Att vara basspecialitet har varit avgörande för ut-

veckling av specialiteten och rekrytering av nya specialister, vilket också visar sig i artikeln om bemanningsutvecklingen under 2000-talet.

Reumatologi är en framtidsspecialitet vilket bl.a. artiklar av Ido Leden och Carl Turesson visar liksom Boel Mörcks artikel om ledarskap. SRF har tagit initiativ till en egen ledarskapsutbildning vilket väckt stor uppmärksamhet i sjukvårds-Sverige. Slutligen avslutar Ralph Nisell och Lars Klareskog med en omfattande artikel om nuläge och framtid för svensk reumatologi ur ett kliniskt, vetenskapligt och organisatoriskt perspektiv.

Som slutpunkt redovisas – för både den vanlige medlemmen och kalenderbitaren – i appendix – samtliga SRF:s ordförande, vetenskaplig sekreterare, facklig sekreterare, hedersledamöter samt ledstjärnor. Även förtecknas de internationella och nordiska kongresser som arrangerats i Sverige.

Välkommen till en spännande läsning om svensk reumatologis historia från tidigt 1900-tal till våra dagar!

Fjällbacka i maj 2016

Redaktörerna dvs

Tomas Bremell, Ido Leden och Bengt Lindell

Reumatologins framväxt i Sverige

Ido Leden

Svensk reumatologi kan sägas ha fyra rötter, nämligen: invärtesmedicinen, den kalla och klassiska icke operativa kirurgin, den traditionella kurortsvården och pensionsstyrelsens vårdinrättningar.

Kurortsvården

Bad, värme, motion, rörelseövningar, diet, farmakoterapi, purgering och venesektion var sedan antiken väletablerade metoder för behandling av såväl reumatiska åkommor som ett flertal andra sjukdomstillstånd. På 1700- och 1800-talen uppstod både i Sverige och på kontinenten speciella bad- och kuranstalter där ovan nämnda behandlingsformer utvecklades och förfinades. På så vis uppkom olika så kallade Spa-regimer. Terapin har fått sin beteckning efter den kända kurorten Spa i provinsen Liège, Belgien. Först under 1900-talet tillfördes den reumatologiska vården andra typer av behandling, men många av våra fysikaliskt terapeutiska metoder har sitt ursprung i den traditionella Spa-behandlingen.

Invärtesmedicinen

Vid sekelskiftet runt år 1900 var ännu de flesta lasaretten i Sverige odelade, men kirurgins utveckling gjorde att man tvingades till delning i en icke-opererande invärtesmedicinsk avdelning och en kirurgisk avdelning. Snart uppstod ett behov av ytterligare ämnesavgränsningar och därmed fanns en grund för uppkomst och utveckling av såväl reumatologi som andra medicinska specialiteter.

Den kalla icke operativa kirurgin

Vid förförre sekelskiftet fanns det praktiskt taget inga vårdmöjligheter eller något samhälleligt skyddsnät för personer som med den tidens terminologi var ”krymplingar, lytta eller vanföra”. Patrik Haglund, Skandinavien förste professor i ortopedi, tog 1911 initiativ till bildandet av Svenska vanförestalternas centralkommitté. Därmed lades en grund för ökade samhällsinsatser för denna grupp svårt handikappade. De kunde nu få inte bara medicinsk behandling utan också yrkesutbildning, vilket var minst lika viktigt så att ”de kunna utgå i lifvet som konkurrensdugliga individer”. I behandlingsregimen ingick inte bara medicinsk behandling och yrkesutbildning, utan också funktionsträning och hjälpmedelsutprovning, med andra ord ett avancerat rehabiliteringsprogram även utifrån nutida bedömningsgrunder.

Ortopedins första utvecklingsfas är huvudsakligen förlagd till vanförestalterna, men i takt med att ortopedin flyttade in på lasaretten blev den alltmer operativt inriktad. Då uppstod ett tomrum som delvis fylldes av reumatologin när delar av den kalla ortopedins synsätt och behandlingsmetoder togs över och vidareutvecklades inom denna specialitet.

Pensionsstyrelsens vårdinrättningar

1914 beslöt riksdagen att det samlade kapitalet i pensionsförsäkringsfonden skulle utnyttjas för sjukvård till patienter som inte fyllt 67 år och som hotades av invaliditet. Pensionsstyrelsen fick i upp-

drag att administrera denna verksamhet och redan året därpå öppnades vårdplatser i Nynäs, Tranås och Elfgården i Dalarna. 1918 anställdes den unge Gunnar Kahlmeter (1885–1951) som biträdande överläkare i Pensionsstyrelsen för att senare få befattningen som överläkare.

En av hans första uppgifter på Pensionsstyrelsen blev att närmare kartlägga orsaken till arbetsoförmåga. Inte oväntat visade det sig att 55 % fått sin pension till följd av ”ålderdomssvaghet”. Helt överraskande var däremot att bland de egentliga sjukdomsorsakerna dominerade ledgångsreumatism med 9,1 % av utbetalningarna. Folksjukdomen tuberkulos, som av vissa vid denna tid slående kallades för allhärjare, svarade bara för 5,8 % av pensioneringarna. Både i Sverige och ute i Europa ställde man sig frågande till Kahlmeters rapport. Fanns det verkligen en i stort sett okänd sjukdom som så länge och så svårt drabbat så många utan att denna upptäckts? Under de närmaste åren bekräftades dock Kahlmeters fynd genom liknande studier i andra europeiska länder. Kahlmeter blev därmed en erkänd och respekterad internationell expert och engagerades i arbetet att starta en internationell reumatologförening, International League Against Rheumatism (ILAR).

Både utomlands och i Sverige gav nu dessa rapporter olika myndigheter ett viktigt incitament till åtgärder för att bekämpa denna ”nya” och för folkhälsan så förödande sjukdom. I Sverige resulterade detta bl.a. i att statens ansvar för reumatikervården successivt avvecklades parallellt med att landstingen tog över ansvaret.

Från rehabiliteringsspecialitet till inflammationsspecialitet

Främst tack vare Gunnar Kahlmeters arbete blev reumatologi på 1920-talet ett etablerat ämnesområde. Både inom och utom skräet betonades reumatologins specifika rehabiliteringspotential. Det skulle dock dröja ända till 1969 innan Socialstyrelsen godkände reumatologi som en medicinsk specialitet.

1970- och 80-talens reumatologi karakteriserades av en påtaglig utveckling inom disciplinen med betydande kunskapsökning om de reumatiska sjukdomarnas patogenes, diagnostik och behandling. Dessa framsteg möjliggjordes tack vare utvecklingen inom immunologi och mikrobiologi. Delar av denna utveckling drevs inom reumatologin under beteckningen reumaimmunologi.

Under 1990-talet skedde ett paradigmskifte. Man övergav den tidigare behandlingsfilosofin/strategin som kännetecknades av ett ”go low, go slow” tänkande vad gällde läkemedelsbehandling. I stället inleddes nu i tidigt sjukdomsskede behandling med potenta immunmodulerande läkemedel för att så snabbt som möjligt dämpa, helst eliminera ledinflammationen. Tillgången till de biologiska läkemedlen gav med denna strategi revolutionerande behandlingsresultat.

Avslutningsvis: I de följande kapitlen ges mer detaljerad information, dels om den process som summariskt ovan beskrivits, dels om pionjärerna och byggarna av svensk reumatologi.

Svensk Reumatologisk Förening 60 år

Ett axplock av händelser

Ido Leden

Den moderna medicinen har sitt ursprung i den utveckling, som skedde under 1800-talets sista hälft. Bakteriologi och immunologi liksom många andra vetenskaper såg dagens ljus. Inom kirurgin blev det möjligt att tillämpa anestesi och aseptik, vilket ledde till en explosionsartad utveckling inom denna specialitet. Röntgenstrålarnas upptäckt och framsteg inom laboratoriemedicinen gav helt nya diagnostiska möjligheter. Lasaretten, som tidigare varit odelade, omorganiserades nu med en kirurgisk och en medicinsk avdelning. Snart uppstod ett behov av ytterligare ämnesavgränsningar och därmed fanns en grund för uppkomst och utveckling av såväl reumatologi som andra medicinska specialiteter.

ILAR (International League against Rheumatism)

Redan i början av 1900-talet insåg några balneologer och kurortsläkare att mycket skulle kunna vinnas om man slöt sig samman, utbytte erfarenheter och gemensamt verkade för en utveckling inom området. Vid den internationella fysioterapikongressen i Berlin 1913 framförde holländaren Jan van Breemen därför ett förslag om att bilda ett internationellt institut för vetenskaplig forskning om reumatiska sjukdomar. Man avsåg att fortsätta denna diskussion vid nästa möte 1917 i S:t Petersburg, men första världskriget kom emellan.

Frågan togs emellertid upp på nytt 1925 i Paris vid det årliga mötet för "The International Society of Medical Hydrology". Tiden var nu mogen och

det fattades beslut om att bilda en internationell kommitté. Detta embryo reorganiserades och fick fastare former 1928, varvid namnet ändrades till Ligue internationale contre le rhumatisme, som på engelska blev International League against Rheumatism (ILAR). Samma år startades också den första vetenskapliga tidskriften i reumatologi (Acta Rheumatologica).

ILARs huvuduppgifter finns listade i faktarutan nedan.

Reumatologins framväxt i Sverige

Svensk reumatologi kan sägas ha fyra rötter: invärtesmedicinen, den kalla och klassiska icke operativa kirurgin, den traditionella kurortsvården och pensionsstyrelsens vårdinrättningar. 1914 beslöt riksdagen, att det samlade kapitalet i pensionsförsäkringsfonden skulle utnyttjas för sjukvård till patienter som ej fyllt 67 år och som hotades av invaliditet. Pensionsstyrelsen fick i uppdrag att administrera denna verksamhet och redan året därpå öppnades vårdplatser i Nynäs, Tranås och

ILARs huvuduppgifter

- Att leda kampen mot reumatiska sjukdomar.
- Att leda och stimulera den vetenskapliga forskningen om reumatiska sjukdomar.
- Att igångsätta statistiska och andra undersökningar över de reumatiska sjukdomarnas sociala och nationalekonomiska betydelse.
- Att verka för förbättrade möjligheter till rationell vård av de reumatiska sjukdomarna.
- Att vara utgivare av Acta Rheumatologica.

Elfgården i Dalarna. 1918 anställdes den då unge Gunnar Kahlmeter (1885–1951) som biträdande överläkare i Pensionsstyrelsen för att senare få befattningen som överläkare. Han hade samma år framlagt sin doktorsavhandling med titeln ”Bidrag till kännedom om spondylitis deformans”.

Grundmurat intresse

Gunnar Kahlmeter hade alltså ett grundmurat intresse för rörelseorganens medicinska sjukdomar och anställning och disputation gav honom nu en god såväl praktisk som vetenskaplig plattform för att driva och främja utvecklingen inom detta område. Under de kommande årtiondena var han förgrundsgestalt och nyckelperson för reumatologins framväxt i Sverige (se faktaruta). Som framhållits i en tidigare artikel i Reumabulletinen är han därför väl värd att kallas Sveriges förste reumatolog (ref 2).

I ILARs anda är han 1926 med och bildar den ”Svenska Nationalkommittén för reumatiska sjukdomars bekämpande”. Tiden var dock inte riktigt mogen för att denna förening skulle kunna verka med kraft utan den tycks stilla ha tynat bort under 1930-talet. Förutsättningarna för aktiv och diversifierad föreningsverksamhet inom detta fält skapades först på 1940-talet och då bildades först patientföreningen Riksförbundet för de reumatiska sjukdomarnas bekämpande 1945 och året därpå Svensk Reumatologisk Förening (SRF).

Svensk reumatologisk förening

1946–1950

Föreningen bildades vid ett konstituerande sammanträde på Södersjukhuset den 3 april 1946. Årsavgiften bestämdes till 5 kronor. Styrelsen bestod av fem ledamöter, Gunnar Kahlmeter (ordförande), Fredrik Sundelin (vice ordförande), Eric Jonsson (sekreterare), Folke Bohman (skattmästare) samt Nanna Svartz.



Gunnar Kahlmeter (1885–1951) Sveriges förste reumatolog.

- 1912 Med lic, Uppsala
- 1918 Med dr, docent i medicin 1927
- 1918 Biträdande överläkare i pensionsstyrelsen och sedan 1930 dess överläkare
- 1925 Överläkare och styresman för Åsö sjukhus, Stockholm
- 1946 SRFs första ordförande

Gunnar Kahlmeters insatser för svensk reumatologi

Hans epidemiologiska studier klarlägger, att ledgångsreumatism är ett så vanligt förekommande sjukdomstillstånd, att det måste betecknas som folksjukdom.

Driver konsekvent kravet om att särskilda vårdresurser krävs för vården av reumatiskt sjuka samt att reumatologi behöver bli egen specialitet.

1926 bildas den Svenska Nationalkommittén för reumatiska sjukdomars bekämpande och Gunnar Kahlmeter utses till sekreterare i denna förening.

Av Läkarförbundet utsedd att utfärda specialitetsintyg i reumatologi. (Detta gör han 1931 för Gunnar Edström och Ellen Margareta Persson. Hon var då chef för den reumatologiska avdelningen i Lund och han efterträdde henne 1936.)

Under mötet diskuterades (§ 4) ”föreningens framtida förhållande” till Svenska Läkaresällskapet, Läkarförbundet, systerföreningarna i de övriga nordiska länderna och ILAR. Detta var angelägna frågor, som därefter kan följas som en röd tråd genom alla efterföljande styrelsers arbete (se faktaruta nästa sida). Vidare beslöts (§ 8) ”att föreningen skulle hos Svenska Läkaresällskapet (SLS) anhålla om att få ingå såsom dess sektion för reumatologi”.

Vid nästa sammanträde den 13 juni kunde sekreteraren rapportera, att SLS den 4 juni upptagit föreningen såsom dess sektion för reumatologi. Reumatologi blev därigenom den 15:e specialitetsföreningen i SLS. I § 4 från detta möte finns nedtecknat ordförandens och sekreterarens redogörelse för ”specialitetsfrågans läge”.

Redan i januari 1946 hade Kahlmeter, Sundelin och Jonsson inlämnat en skrivelse till Sveriges Läkarförbund med begäran att dessa skulle erkänna ”reumatiska sjukdomar såsom specialitet”. Sedermera hade även Gunnar Edström inskickat en liknande skrivelse. Bägge dessa skrivelser hade förbundet vidareremitterat för yttrande till Svenska Internförbundet, Svenska Ortopedförbundet, Svenska Barnläkareförbundet och den just bildade Svensk Reumatologisk Förening. Enligt § 5 beslöt föreningen nu att enhetligt tillstyrka erkännandet av specialiteten reumatiska sjukdomar.

Oenighet i styrelsen

När man kom till frågan om kompetensvillkoren förelåg dock oenighet och Nanna Svartz reserverade sig. Hon ansåg att reumatiska sjukdomar i specialitets hänseende var jämställda med mag- och tarmsjukdomar, hjärtsjukdomar etc ”och att således tjänstgöring på specialavdelning icke borde påfordras utan endast intyg av vederbörande överläkare om att den sökande särskilt intresserat sig för reumatiska sjukdomar under sin tjänstgöring å den inv.med. avdelningen”. Övriga hade annan

uppfattning och med ”8 röster mot 1” beslöts att på nytt tillskriva Läkarförbundet med synpunkter av det slag Kahlmeter, Sundelin och Jonsson redan tidigare framfört.

Några år senare ledde denna oenighet inom styrelse och förening till stor dramatik vid ett sammanträde den 8 december 1948, då man skulle välja ny ordförande. Gunnar Kahlmeter hade av hälsoskäl undanbett sig omval. Som hedersbetygelse och för att understryka den betydelse han haft för reumatologins framväxt i Sverige utsågs han till föreningens första hedersledamot. Han omtalas i protokollet som ”föregångsmannen inom den svenska reumatologin”.

Styrelsen (man hade tydligen ingen valberedning) framlade sedan sitt förslag om ny styrelse i vilken Nanna Svartz skulle vara ordförande. Då begär Olle Lövgren ordet och ifrågasätter förslaget till ordförande. Han föreslår att man i stället väljer Fredrik Sundelin ”emedan föreningens aktion i specialistfrågan borde ha större utsikt att lyckas med hr. Sundelin som ordförande än med prof. Svartz” (protokollsutkast som sitter tillsammans med det justerade protokollet). När det går till votering begärs slutet sådan och ”hr. Sundelin fick 8 röster och prof. Svartz 7”.

Mellan raderna förstår man att debatten varit hetsig med starka känslor på bägge sidor. Olle Lövgren var uppenbarligen den ende, som öppet vågade säga vad många tänkte. Detta resulterade i att han invaldes i styrelsen som vice ordförande. Det är också alldeles klart, att vid detta möte intogs positioner och markerades skiljelinjer i synsätt, som sedan för lång tid framåt skulle präglade de individuella deltagarna.

1950-talet

Riksdagen fattar beslut om att pensionsstyrelsens vårdinrättningar (statlig vård) skall upphöra och att landstingen skall ta över vården av de reuma-

tiskt sjuka. Det bestäms också, att regionplanering skall ske vad gäller specialiserad sjukhusvård. Dessa beslut främjar och stimulerar det arbete SRFs styrelse driver för att få till stånd landstingsanslutna specialistenheter för reumatikervård.

Den första kommunala specialiserade kliniken för reumatikervård öppnades 1954 på KS. SRF hävdade självklart, att denna avdelning skulle ledas av självständig chef med professors ställning och inte av person, som var underställd professorn i internmedicin. Gunnar Edström skrev polemiskt: "Vad vi behöver är en reumatologisk specialklinik, icke ett annex till medicinska kliniken" (ref 5 s. 562-565).

Nanna Svartz, som var en stark anhängare av en sammanhållen internmedicin, verkade dock konsekvent för att den nya avdelningen skulle förbli under hennes ledning och så blev det (ref 5). Först 1957 när hon gick i pension, blev avdelningen en självständig klinik och Börje Olhagen som var chef fick så småningom en professur knuten till sitt verksamhetsuppdrag.

1960-talet

1960 får reumatologisk vård status av regionspecialitet. Från styrelseprotokoll 1962 noteras i specialitetsfrågan: "Då reumatologin upptagits som subspecialitet till invärtesmedicinen av Sveriges Läkarförbund (januari 1961), men ej accepterats av Medicinalstyrelsen har styrelsen under det gångna året på olika sätt sökt påverka Medicinalstyrelsen i positiv riktning."

Börje Olhagen och föreningens sekreterare (Kåre Berglund) uppvaktar tillsammans Medicinalstyrelsen och överlämnar 1965 en "utredning med förslag till plan beträffande den reumatologiska vårdens organisation i Sverige". Så belönas till slut mångårigt arbete och i en styrelseberättelse från 1969 kan man äntligen protokollföra att: "under året har reumatiska sjukdomar upptagits som invärtesmedicinsk subspecialitet av Socialstyrelsen".

1970-talet

Styrelsearbetet under detta decennium domineras av DIMFOG-diskussioner (den internmedicinska vårdens framtida organisation). En arbetsgrupp inom Svensk Internmedicinsk Förening presenterade ett samlat förslag under denna rubrik och i detta yrkades bl.a. att "varje grenspecialitet bör

Röda trådar i styrelsearbetet under de gångna 60 åren

Specialitetsfrågan

Sektion inom Svenska Läkaresällskapet 1946, subspecialitet Invärtes Medicin 1969, grenspecialitet Invärtes Medicin (DIMFOG och LSU -85), enskild basspecialitet 20 december 2005.

Nordiska samarbetet

Det första nordiska mötet för reumatologer i Köpenhamn september 1946, "Heinolakommittén" 1965, Göteborgsmötet 1987, Scandinavian College of Rheumatology 2000-talet. Sverige har varit värdland för de skandinaviska kongresserna 1948 (Stockholm), 1956 (Lund), 1964 (Lund), 1972 (Ronneby), 1982 (Djurö, Stockholm), 1992 (Malmö-Lund) och 2004 (Göteborg).

Internationellt samarbete

Kontakterna ILAR, Eulars Standing committés, Sverige värdland för Eularkongresserna 1963 (Stockholm) och 2002 (Stockholm) samt för ILAR-kongress 1936 (Lund-Stockholm).

Vårdresurser och organisation av reumatiker-vården i Sverige

Första specialiserade klinik för reumatikervård i kommunal regi 1954 (KS, Stockholm), nummer två tillkom 1965 (Örebro), det statliga ansvaret för reumatikervård i pensionsstyrelsens regi avslutas definitivt 1973, reumatologi regionspecialitet 1960, plan för den reumatologiska vårdens organisation i Sverige 1965, sjukvårdsplanering byggd på behovsgrupper 1980 (Sprirapport no 24), Sektorsprogrammet 1983 (PM 57/83), reumatikersjukhusen.

Kompetens- och kvalitetsfrågor

Nationella register; arbetsgrupper för specifika sjukdomstillstånd, LARM-terapi och biologiska läkemedel; SPUR; handledarkurser; ST-seminarier.

i botten ha specialistkompetens i AIM” (ref 6). Styrelsens avvikande uppfattning och andra kritiska synpunkter framfördes i skrivelser till Socialstyrelsen.

1980-talet

Med anledning av diskussioner om det kommande sektorsprogrammet (Socialstyrelsen 1983, PM 57/83) uttalar styrelsen att: ”reumatologin i framtiden bör taga ansvar även för patienter med artros, mjukdelsreumatism, oklar värk, i första hand för diagnostik, i de fall som primärt inte lämpar sig för primärvården” (protokoll 15 januari 1982).

1985 inleds LSU-arbetet (läkarnas specialistutbildning) och redan 1987 kan målbeskrivningar publiceras för såväl reumatologi som andra specialiteter. Man fokuserar på innehållet i utbildningen och inte som tidigare på hur lång tid denna skall ta. Styrelsen förordar också, att reumatologi skall kvarstå som grenspecialitet till AIM.

Specialiserad verksamhet finns nu på alla länsjukhus och t.o.m. på en del länsdelslasarett. Villkoren för dessa som regel små enheters verksamhet är naturligtvis mycket skild från den på de stora klinikerna. I DIMFOG-diskussioner framhåller styrelsen därför redan 1983: ”som styrelsens bestämda synpunkt framfördes åter att den reumatologiska verksamheten vid små sjukhus kan tillåtas att fungera inom ramen för annan verksamhet, dock med enbart reumatologiska arbetsuppgifter för reumatologin. Vid större sjukhus skall verksamheten bedrivas inom ramen för självständiga kliniker.”

1986 ges Reumabulletinen en ny skepnad och funktion. Tidigare hade den huvudsakligen haft funktion som kalendarium. Nu börjar den fungera som medlemstidning, debattforum och språkrör för styrelsen och innehållet samordnas av därför utsedd styrelsemedlem med uppdrag att bl.a. vara redaktör.

1990-talet

Kvalitets- och kompetensfrågor dominerar styrelsearbetet. Den första specialistexamen genomfördes redan 1990. Styrelsen anammar SPUR- (specialistutbildningsrådet) instrumentet och uppmanar kliniker med ST-utbildning att genomföra SPUR-inspektioner. Särskilda inspektörer utses för denna verksamhet.

Man anordnar också kurser i ledarskap för sektionsschefer och verksamhetschefer. Arbetsgrupper börjar formeras för att driva och kvalitetssäkra utvecklingen inom olika reumatologiska subområden. Ett sådant är upprättande och utveckling av olika nationella kvalitetsregister.

1996 firas 50-årsjubileet med olika högtidsarrangemang på Södersjukhuset, där föreningens vaggga en gång stod. I Nootska palatset avåts sedan en utsökt jubileumsmiddag och denna avslutades med utdelningen av den just från trycket komna jubileumsboken.



SRF:s styrelse under jubileumsåret 2006. Ronald van Vollenhoven, vetenskaplig sekreterare, Lars Cöster, kassör, Ola Börjesson, yngreläkarrepresentant, Maria Lidén, utbildningsansvarig, Tomas Bremell, ordförande, Solveig Wällberg Jonsson, vice ordförande, redaktör ReumaBulletinen, Annika Teleman, facklig sekreterare. Flera års arbete under Tomas Bremells ledning kunde avslutas med total framgång i december 2005 då regeringen fattade beslut om att reumatologi är en av de nya bas-specialiteterna.

Persongalleri

Berglund, Kåre 1917–2002, professor reumatologkliniken, Lund.

Bohman, Folke 1902–1977, överläkare Nynäs kuranstalt.

Edström, Gunnar 1898–1988, professor reumatologkliniken, Lund. (Självbiografi : Edström G. 50 år i Reumatikervårdens tjänst. Lund: Bröderna Ekstrands tryckeri AB, 1980.)

Jonsson, Eric 1901–1994, överläkare med. Klin III SÖS, Stockholm.

Kahlmeter, Gunnar, (se faktaruta.)

Lövgren, Olle 1912–1988, överläkare S:t Eriks sjukhus, Stockholm.

Olhagen, Börje 1911–1998, professor reumatologkliniken, KS, Stockholm.

Sundelin, Fredrik 1894–1973, överläkare Nynäs kuranstalt.

Svartz, Nanna 1890–1986, professor intermedicin, KS, Stockholm. (Självbiografi : Svartz N. Steg för steg. Stockholm: Albert Bonniers förlag, 1986.)



Börje
Olhagen

Nanna
Svartz

Eric
Jonsson

Kåre
Berglund

Olle
Lövgren

Fredrik
Sundelin

Gunnar
Edström

Folke
Bohman

2000-talet

På nytt livliga diskussioner i specialitetsfrågan. Skall reumatologi förbli grensäspecialitet i AIM eller motiverar den exempellösa utvecklingen och behandlingsframgångarna att disciplinen nu får status av basspecialitet? Styrelsen driver konsekvent den senare åsikten men det är många tunga instanser, som skall övertygas. Arbetet kröns med total framgång då riksdagen den 20 december 2005 fattar beslut om den nya specialitetsindelningen där reumatologi nu är upptecknad som enskild basspecialitet.

Riksstämman 2006 har redan blivit inskriven som en viktig historisk milstolpe i SRFs annaler. Föreningens egen sektion var den största på denna stämma med mer än 60 anmälda föredrag och posters. SRF hade också fått huvudansvaret för det allmänna mötet som fått titeln ”Ta din säng och gå”. Här demonstrerades på ett oförglömligt sätt de senaste årens behandlingsframgångar inom modern reumatologi. En ung kvinnas dröm om att bli professionell violinist hade förverkligats genom

att all ledinflammation kunnat elimineras. Detta visualiserades högst påtagligt genom att hon uppträdde och virtuost framförde ett komplext violinstycke, ackompanjerad på piano av föreningens vetenskaplige sekreterare, Ronald van Vollenhoven.

Nämnas bör också föreningens pionjärprojekt att skapa en särskild intresseförening för seniora reumatologer som lämnat yrkeslivet, men som ändå vill fortsätta att göra en insats för svensk reumatologi. En sådan förening konstituerades under stämman. Ett initiativ som med all sannolikhet kommer att få efterföljare inom andra sektioner.

Slutord

Vi kan i dag gratulera en 60-åring med gedigen erfarenhet men som till sinne och framtidstro har en tonårings hela vitalitet, kreativitet och aptit på livet.

(Ovanstående är en skriftlig version av den jubileumsföreläsning som hölls vid SRFs årsmöte den 29 november 2006 vid riksstämman i Göteborg.)

Källor

1. **Leden I.** Reumatologin – föregångsspecialitet. Tidigt ute med lagarbete i rutinsjukvården. *Läkartidningen* 1995; 92:1383–1388.
2. **Leden I.** Gunnar Kahlmeter – Sveriges förste reumatolog. *Reumabulletinen* 2005 (nr 62); 10–11.
3. **Leden I.** Reumatologins historia. I: Klareskog L, Saxne T, Enman Y (red). *Reumatologi*. Lund: Studentlitteratur, 2005:25–32.
4. **Från riksdagen:** Chefskapet för reumatologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset. *Svenska Läkartidningen* 1953; 50:439.
5. **I reumatologifrågan.** (Öppen debatt i flera nummer av LT emellan Gunnar Edström och Nanna Svartz). *Läkartidningen* 1950; 50: 500, 562–565, 661–664, 782, 943–944 (dessa två sista sidor är ett pressreferat av kommentar i *Stockholmstidningen* gällande riksdagsdebatten den 15 april om reumatologiprofessuren. Kommentatorn konstaterar att ”professor Nanna Svartz ordnade så att hon fick göra ett soloupptredande som föredragande inför stadsutskottet, som därför blev mycket övertygad om att det enda vettiga var att låta professor Svartz få sitt sjätte klinikchefskap”).
6. *Läkartidningen* 1974; 71:1395.
7. **Originalprotokoll** sammanträden och styrelsemöten SRF 1946–1965.
8. **Referat** gällande föreläsning av Nanna Svartz om 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande, del III. *Svenska Läkaresällskapet 150 år*, red. Bergstrand H. Lund: Håkan Ohlssons boktryckeri, 1958: 532.
9. **Svensk Reumatologisk Förening 50 år.** Red. Ledén I., Nived O. Oskarhamn: AB Primo, 1996 (ISBN 91-630-4321-1).

Gunnar Kahlmeter

– Sveriges förste reumatolog

Ido Leden

Gunnar Kahlmeter föddes 1885 i Stockholm som son till fil dr Thore Kahlmeter och hans hustru Armida Löwenhielm. Fadern som var lektor i fysik dog redan vid 48 års ålder, när Gunnar bara var tolv år gammal. Med hjälp av en sparsam änkepension och genom att ge pianolektioner så lyckades modern, trots knappa ekonomiska omständigheter, både försörja familjen och ge barnen utbildning. Kahlmeter är en valonsläkt som kom till Sverige redan på 1640-talet.

Efter studentexamen vid Beskowska skolan började Gunnar läsa medicin i Uppsala.

En av hans lärare och sedermera vän, professor Israel Hedenius, lär ha varit den som gjorde att doktorsavhandlingens tema hamnade inom området stödjeapparatens sjukdomar. Avhandlingen är en monografi på 235 sidor med titeln: Bidrag till kännedom om spondylitis deformans. Huvudinnehållet ägnas åt en beskrivning av spondylitis deformans (spondylos) kliniska och röntgenologiska karakteristiska och speglar en god klinikers iakttagelseförmåga och skarpsynthet.

Den del som ägnas åt differentialdiagnostiken gentemot ankylopoetisk spondylartrit (Mb Bechterew) är ett rent pionjärbete och än i dag finns inte mycket att tillägga till Kahlmeters beskrivning. Avhandlingen kom också att prägla hans framtida val av såväl klinisk inriktning som vetenskapligt arbete. Detta skulle huvudsakligen förbli inom ämnesområdet rörelseorganens sjukdomar.

Nästa pionjärinsats kom under hans arbete på Pensionsstyrelsen med att kartlägga orsakerna till



Gunnar Kahlmeter, november 1943.

förtidspensionering. Ett inte oväntat fynd var att i över hälften av fallen så berodde detta på "ålderdomssvagheter". Helt överraskande var däremot att 9,1 procent av pensionsutbetalningarna gjordes till personer med ledgångsreumatism.

Bland de egentliga sjukdomsorsakerna var ledgångsreumatismen den helt dominerande åkom-

man. Lungtuberkulos, som var vanlig och välkänd i alla läger, svarade bara för 5,8 procent av pensioneringarna.

Under de följande åren bekräftades Kahlmeters siffror genom liknande epidemiologiska studier i framför allt England och Tyskland. Därmed kom Kahlmeter att räknas till de internationella pionjärerna inom reumatologin.

En okänd folksjukdom

Kahlmeters studie blyxtbelyste en dittills försummad och också ganska okänd folksjukdom, nämligen ledgångsreumatismen. Myndigheternas intresse vaknade eftersom det stora antalet förtidspensioner ju hade nationalekonomisk betydelse. Ytterligare bidragande till centrala instansers intresse för denna grupp sjuka var att Kahlmeter också visade att vården vid Pensionsstyrelsens vårdinrättningar var framgångsrik. Av dem som vårdades under åren 1915–1923 var vid utgången av 1925 fortfarande 62 procent i stånd att ”helt eller i mer väsentlig grad” försörja sig själva. Alla var vid vårdens början arbetsoförmögna ”eller så angripna av sjukdomen att varaktig arbetsoförmåga hotade”.

Nu framlades motioner i riksdagen om att landets reumatikervård måste förbättras. En viktig fråga var naturligtvis vilken kompetens som behövdes i sådan vård. Redan i början av 1920-talet argumenterade Kahlmeter energiskt för att reumatologin borde bli en egen specialitet. Han fortsatte sedan oförtrutet med detta arbete under resten av sitt liv.

Läkarförbundet gav Kahlmeter befogenhet att utfärda specialitetsintyg i reumatologi. År 1931 utfärdades sådana intyg för Ellen Margareta Persson, som var chef för den specialavdelning som 1928 öppnats i Lund, och för Gunnar Edström, som 1936 skulle bli hennes efterträdare.

När Svensk Reumatologisk förening bildades 1946 blev Kahlmeter dess självklare ordförande.

En av föreningens första och viktigaste uppgifter blev att fortsätta verka för att reumatologi skulle bli en egen specialitet. Som vi alla vet dröjde detta dock ända till 1969. Betydelsen av Kahlmeters initiala arbete för att så skulle ske kan inte överskattas.

Finns det någon annan person som kan konkurrera med Kahlmeter om värdigheten Sveriges förste reumatolog? Inte enligt min och många andras uppfattning. Den enda jag vet som anmält avvikande åsikt är Kåre Berglund, som bl.a. hänvisar till Kahlmeters dedikation i skriften ”de reumatiska sjukdomarna” som utkom 1929. På försättsbladet står: ”Professor Israel Hedenius, den framsynte pionjären för de reumatiska sjukdomarnas vård i vårt land – läraren och vännen ägnas denna bok”.

Detta får mera ses som ett uttryck för den tidens artighet och konvention. Hedenius var en mångsidig och kunnig internmedicinare där de reumatiska sjukdomarna bara var ett av hans många intresseområden. Det är säkert hans förtjänst att Kahlmeter kom att ägna sitt liv åt detta område men det berättigar honom knappast till titeln Sveriges förste reumatolog. Hedenius avhandling har titeln *Studier över albuminurin* och av de cirka 60 vetenskapliga arbeten som finns förtecknade i Sveriges läkarehistoria (ref 9) faller färre än tio inom området reumatologi. Kåres ställningstagande torde mera vara baserat på egna åsikter och erfarenheter än på faktiska förhållanden. Han var ingen av ”Kahlmeters påläggskalvar” (ref 2). ”Personlighetsmässigt var de också i flera avseenden varandras motsatser” (ref 2).

Som en sammanfattning av Kahlmeters gärning och betydelse för svensk och internationell reumatologi skulle jag vilja citera Gunnar Edström i en runa, *Läkartidningen* 1951: ”Den svenska reumatologins grand old man professor Gunnar Kahlmeter har gått ur tiden. Hans minne kommer att leva länge... Han har inristat sitt namn såsom en av pionjärerna för de reumatiska sjukdomarnas

effektiva bekämpande i världen, han har gjort det på ett sådant sätt att hans gärning ej blott kommer att bli vördad utan även älskad”.

Ytterligare fakta om Gunnar Kahlmeter återfinns i den pietetsfulla teckning som sonen Olof ger av sin far i Svensk Reumatologisk förenings Jubileumsskrift 1996 (ref 7).

Gunnar Kahlmeter

Född 18 augusti 1885 i Stockholm, död 6 oktober 1951.

1912 Med lic Uppsala

1918 Med dr, docent i medicin 1927

1918 Biträdande överläkare Pensionsstyrelsen och sedan 1930 dess överläkare

1925 Överläkare och direktör för Åsö sjukhus, Stockholm fram till 1943 då detta sjukhus ombildades till sjukhem. Under de följande åren och fram till pensioneringen var Kahlmeter överläkare och chef för en av de fyra internmedicinska avdelningarna på Södersjukhuset

1925 Sekreterare i Svenska Nationalkommittén för de reumatiska sjukdomarnas bekämpande

1926 Medlem ILAR

1929 Svenska statens representant vid den första ILARKongressen i Budapest

1936 ILAR-diplom för bästa vetenskapliga arbete inom reumatologin under de senaste tio åren. Hedersledamotskap i ett flertal länders reumatologiska sällskap, t.ex. England, Frankrike, USA och flertalet nordiska länder.

1946 Den förste ordföranden i Svensk Reumatologisk förening som bildades i april detta år.

I Sveriges läkares historia (ref 9) finns förtecknat cirka 120 vetenskapliga artiklar varav dryga 75 procent inom ämnesområdet reumatologi.

Gift 1914 med Gertrud (Gertie) Lindman. Fyra barn föddes i äktenskapet men två dog redan efter bara några dagars levnad. Sonen Olof, född 1923, blev infektionsläkare i Halmstad och sonsonen Gunnar, född 1949, är docent i mikrobiologi.

Referenser

1. **Berglund K.** Reumatologi i Sverige. I: Jubileumsbok, Nordisk reumatologisk förening 50 år. Red. Leden I, Nived O. Malmö OD Grafik AB 1996: 116.
2. **Jonsson E.** Personligt meddelande 1993.
3. **Kahlmeter G.** Nuvarande möjligheter och framtida önskemål med avseende å artriternas vård i vårt land. Föreningen GCI:s 3:e fortbildningskurs 1921: 172–183.
4. **Kahlmeter G.** Ledgångsreumatisms nationalekonomiska betydelse. Tidskrift för den svenska pensionsförsäkringen 1925: 84–93.
5. **Kahlmeter G.** Resultatet av vården vid pensionsstyrelsens kurorter för sjuka lidande av kronisk ledgångsreumatism. Hygiea 1927; 89: 514–528.
6. **Kahlmeter G.** Reumatikerfrågan. Läkarmötets förhandlingar, Stockholm 1930: 61–75.
7. **Kahlmeter O.** Porträtt av Gunnar Kahlmeter. Banbrytare för svensk reumatologi. I: Jubileumsskrift, Svensk Reumatologisk förening 50 år. Red Leden I, Nived O. Oskarshamn, AB primo 1996: 15–31.
8. **Leden I.** Reumatologin – föregångsspecialitet. Tidigt ute med lagarbete i rutinsjukvården. Läkartidningen 1995; 92: 1383–1388.
9. **Widstrand A.** Sveriges Läkarehistoria ifrån konung Gustav den I:s till närvarande tid. Stockholm, PA Norstedt & Söner, 1933.

Gunnar Kahlmeter om Gunnar Kahlmeter

Gunnar Kahlmeter

Farfar Gunnar Kahlmeter dog 1951 vid 66 års ålder. Då var jag 2 år gammal så när som på en dag. Idag är jag 66 år. Ido Leden och Tomas Bremell har bett mig berätta om farfar.

Fakta är kända och har tidigare refererats, av min far Olof i jubileumsboken ”Svensk Reumatologi 50 år” och av Ido Leden i flera olika sammanhang, bl.a. i Läkartidningen 92:13:1383-1388, 1995 och Reumabulletinen Nr 61, 2005.

Svensk Reumatologisk Förening firar 70 år i år 2016 vilket innebär att specialiteten fick officiell ställning 1946, 5 år före farfars död.

Med hjälp av ”familjeminnen och skrönor”, min gamla mamma, tidningsurklipp, farfars publikationer, internet och människor jag träffat under mitt liv kåserar jag fritt. Min farmor, Gertie Lindman, levde 30 år efter hans död och henne kände jag väl. Hon berättade inte mycket om farfar men kunde då och då berätta anekdoter från de fåtal resor de gjorde tillsammans. Min ogifta, begåvade och ganska hopplösa faster Anne-Marie, oftast kallad ”Gagga”, levde tillsammans med sin pappa, mamma och husan Hildur i alla år. Min självupptagna faster och min charmerande farmor berättade ingenting för de förstod sig inte på det liv farfar levde och anade nog inte hans storhet, utan upplevde bara hans tillkortakommande som make och familjefar.

Min pappa Olof talade sällan om sin pappa men när jag nu åter läser hans beskrivning av farfars liv i ”Svensk Reumatologi 50 år” inser jag att han i hela sitt liv saknade sin pappa, och kanske under lång tid kände en viss ångest inför att bli jämförd med ”den store”. Han undvek varje situation där

Om författaren

Gunnar Kahlmeter d.y. är sonson till Sveriges förste reumatolog och också uppkallad efter honom. Han är docent och verksamhetschef vid mikrobiologen i Växjö, och sedan 2005 också adjungerad professor i klinisk bakteriologi vid Uppsala universitet.

Under 10 år har han suttit i styrelsen för European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases varav 2 år som president. Han har framgångsrikt under mer än 10 år styrt den internationella ansträngningen att harmonisera metoder för påvisande av antibiotikaresistens. Liksom farfar är han ständigt på resande fot.

han kunde tänkas jämföras med pappa. Begreppet ”frånvarande förälder” instiftades kanske för att beskriva min farfars föräldraroll. Han hade ingen, han hade inte tid. Jag misstänker att familjen tråkade ut honom. Nåväl, på uppfordran berättade pappa motvilligt om hur han förväntades gå söndagspromenad på Djurgården i Stockholm, kl 3–4 varje söndag eftermiddag oavsett väder. Farfar såg nog en möjlighet att protokollföra sin ansträngning i Stockholms vandrarförening där han var aktiv.

Ytterligare ”festlighet” bjöds söndagar i form av att ”Gagga” och Olle förväntades delta i middagen genom att stå vid änden av bordet och lyssna till konversationen mellan föräldrarna. Ätit hade de gjort i köket med Hildur. Ofta väl genomstekt fläskkotlett, brun sås och potatis.

Jag kommer ihåg en eftermiddag i Cambridge på 70-talet. Jag hade hållit föredrag på ett vetenskapligt möte för mikrobiologer och infektionsläkare (min pappa Olof var infektionsläkare och chef på infektionskliniken i Halmstad fr.o.m. början på

60-talet till slutet på 80-talet och råkade befinna sig i auditoriet). Efter sessionen presenterades han av en norsk god vän och kollega för en av de engelska professorerna som ”Gunnar Kahlmeters pappa” – då brast han ut i ett stort bistert skrat och replikerade ”All my life I have been introduced as Gunnar Kahlmeter’s son, now, instead, I am his father”.

Nåväl, både pappa och jag valde andra banor inom medicin, och därför kom vi inte i nära kontakt med reumatologin och farfars gärning. Den diskuterades inte riktigt i familjen heller – farfar var på något sätt av en annan värld. Farfar hade ett outtömligt självförtroende och rörde sig i alla kretsar med självklarhet. Min pappa var det mest älskvärda och hederligaste man kan tänka sig. Men något stort självförtroende hade han inte. När enstaka gång kunde man skymta den gamle i den unge – när jag hade tre månader kvar till studentexamen 1968 frågade pappa lite förstrött vad jag hade tänkt mig göra med resten av mitt liv? ”Konsthistoria”, svarade jag rappt. Och lika rappt, och utan att titta upp från tidningen replikerade han ”Ja, det är en trevlig hobby.”

Ido, Tomas och min mamma Bennie, 92, håller mig i strama tyglar. Texten är en blandning av fakta och skrönor, baserade på hörsägen, tidningsurklipp, brev från kungligheter, ministrar och kolleger. General Mannerheims telegram 13/5 1935, avsänt Helsingfors: ”Gläder mig åt att om lördag kl ett få se doktorn hos mig som min gäst/Mannerheim” exemplifierar detta och detta lilla axplock ur tredje opponentens yttrande i samband med farfars disputation den 17 Maj, 1918 (ordagrant efter att ha upptäckt ett ”stavfel”): ...”t.ex. beskriver författaren, såvitt jag fattar, en måltid och talar om ankyloserna i de små kotlederna. Detta förvanskar ju alldeles meningen som skall vara: lammkyloset i de små kotletterna”. Tyvärr är 3:e opponentens namn inte tolkbart.

Min mamma, handlardotter från ön Samsö i Kattegatt, var mycket förtjust i sin svärfar och under de sista åren av hans liv, då han var invaliderad av flera hjärtinfarkter, lyssnade hon gärna när han berättade om framgångar, nederlag och oförrätter. Övriga familjemedlemmar lyssnade inte men mamma var uppriktigt förtjust i den snabbt åldrande, och enligt uppgift charmerande om än något självupptagne mannen och förstod på något sätt den storhet som doldes i den nu allt skröpligare kroppen. Hon talar alltid väl om farfar Gunnar. Det gjorde också alla de människor, gamla patienter, kolleger, sköterskor, undersköterskor och sångarbröder som jag träffade på under hela min utbildning och långt därefter. Han lär ha givit patienterna sin fulla uppmärksamhet och flera arbetskamrater har vittnat om att han var en fin man i dess bästa bemärkelse som alltid tog sig tid och aldrig var snorkig eller viktig.

Han älskade att skriva och han skrev med samma lätta elegans oavsett om det var vetenskap, läroböcker eller populärvetenskapliga förklaringar av sjukdomsförlopp, behandling eller läkning, riktade direkt till patienterna.

Han var enda barn till Thore Kahlmeter (född och uppvuxen i Falun) och hans hustru Armida Löwenhjelm. Thore var docent vid Uppsala universitet men dog i unga år i dåtidens gissel, syfilis. Han lämnade hustrun att sörja för den då 9-årige sonen Gunnar. Armida gav pianolektioner och på denna inkomst drog de sig fram. Farfar, PG Kahlmeter var välsituerad handlare i Falun men tyckte att familjen skulle klara sig själv. Min farmor sa att han var snål men det kan man inte självklart lita på. Familjehistorien säger att farfar och Armida firade hans studentexamen 1903 (fig. 1) på ett café med var sin, istället för att dela, sockerdricka och wienerbröd.

Han disputerade 1918 i internmedicin. Titeln på hans 235 sidor långa monografi, som skrevs på



Fig 1. Gunnar Kahlmeter, student Beskowska skolan, Stockholm 1903.

svenska, är "Bidrag till kännedomen om Spondylitis deformans". Den innehåller såväl utförliga kliniska beskrivningar som röntgenbilder och bilder på patologiska preparat. Hans engelska var inget vidare, hans tyska betydligt bättre och franska lärde han sig på äldre dagar – han blev nämligen uppburan i Paris och behövde kunna tala med fransmännen. Min farmor beskrev hur hon övade honom i franska och engelska på båtresor.

Han blev dubbelspecialist i internmedicin och psykiatri. I sin roll som psykiater med konsultfunktion på Beckomberga träffade han en blandning av mer eller mindre intressanta människor.

1914, 29 år gammal, gifter han sig med Gertie Lindman, uppvuxen på Österby bruk där pappan var förvaltare. Min farmor uppfostrades lite omotiverat till bruksfröken. Hon målade akvarell, talade flytande franska och engelska och kunde konversera vem som helst om vad som helst, kunde



Fig 2. Gunnar Kahlmeter, karikatyr tecknad av Albert Engström och publicerad i Söndags-Nisse Strix 1927.

servera te och rostad bröd med marmelad om det knep men inget annat. Det ordnade Hildur. Att vid 18 års ålder, mitt under studentrevolten 1908, få bo tillsammans med Farmor Gertie, då ca 85 år, och husan Hildur, 68 år gammal, var en fantastisk förmån. Adressen var Eriksbergsgatan i Stockholm och det var där farfar Gunnar tillbringade sina sista dagar 1951. Som den Lindman hon var dog farmor först vid 98 års ålder 1983.

Farfar var mycket flitig. En typisk dag såg ut så här. Vaknar kl 8, taxi till jobbet (han åkte taxi vart han än skulle – han hade inget körkort) på Åsö sjukhus eller senare Södersjukhuset vid 9-tiden. Rondarbete, undervisning m.m. Vid 16-tiden åkte han taxi till Pensionsstyrelsen där han var överläka-

re i många år. Klockan 18 promenerade han hem till Birger Jarlsgatan 36 där privatpatienterna väntade. Vid 21-tiden åt han middag i ensamt majestät läsande tidningen och rökandes ett par av de 60 orientaliska cigaretter han dagligen konsumerade. När middagen var överstökad och Hildur dukat av vidtog det vetenskapliga skrivandet mellan klockan 22.00 och 03.00. Sen sov han 5 timmar till 8.00 och så började det om igen.

Han hade många illustra privatpatienter på sin mottagning som utgjordes av två rum i den stora våningen på Birger Jarlsgatan i Stockholm. Man ska ju vara försiktig med att avslöja patienters identitet men jag tror ni ursäktar mig när jag berättar att Albert Engström var "giktbruten" och var patient hos farfar i många, många år. Pengar hade han sällan. Dåligt samvete fick han så där vart 10:e år och då överräckte han en originalteckning med dedikation (fig. 2). Farfars mångåriga gärning som "livläkare" åt Agnes von Krusenstjerna har ju författaren själv avslöjat och den har kommenterats och diskuterats av Karin Johannisson i boken "Den sårade divan" och Olof Lagercranz i boken "Agnes von Krusenstjerna". Hjalmar Gullberg var en annan av hans patienter.

Semester var inte riktigt hans "grej" – å andra sidan ska vi komma ihåg att semester på den tiden var en lyx som endast få förunnades. Näväl, han hyrde ett hus på Dalarö på somrarna och dit fraktades resten av familjen redan i juni under det att farfar anlände mitt i juli, i vit linnekostym och panamahatt, för en 14 dagar lång semester. Merparten av semestern använde han till att skriva den vetenskap han inte hunnit färdigställa under året. Min farmor berättade hur barnen skickades på sommarkoloni just dessa dagar så farfar kunde få lugn och ro till skrivandet. En putslustighet i sammanhanget var att han lät sig intervjuas i dagspressen om vikten av vila, av att ibland syssla med annat än arbetet och av semester.

Men det var inte bara arbete – han var mångsidigt intresserad. Han tillhörde grundarna av Stockholms Studentsångarförbund och skrev tillsammans med kollegerna C.G. Santesson och Ivar Hjort till 25-årsjubileet ett 190 sidor långt Minnesblad med många porträtt av dåtidens sjungande manliga Stockholmare.

På söndagarna kunde han ses dansa i Skansens folkdanslag i sämskskinnsbyxor med tofs och han var en flitig medlem i Konstnäraringen. Och 1939 kastade han sig med entusiasm över arrangerandet av Lingiaden. Han var en mycket aktiv medlem i Stockholms vandrarklubb.

Det är förstås en hemlighet, som allt annat i den oförargliga brödraorden SHT, även kallad Tratten, att han med stor glädje deltog i SHTs upptåg under namnet Kalorimeter.

Släktens ursprung intresserade honom mycket och utan internet var han begränsad till kyrkböcker och släkttradition. Han var ingalunda först i släkten att axla läkaryrket. En anfader, Olof Kahlmeter, var stadsläkare i Falun på 1700-talet, en titel han övertog efter sin svärfar Johan Moraeus, inflytelserik och välbärgad ägare av herrgården Sveden utanför Falun, tillika svärfar åt Carl von



Fig 3. Gunnar Kahlmeter 45 år, Bronsplakett signerad Gösta Carell.

Linné som gift sig med äldsta dottern Sara Lisa, och farfars farfars farfars far (eller så) till den fiolspelande sjungande Calle Moreus. Olof promoverades den 5 juli 1739 av akademiadjunkten Nils Rosén ("Roséns droppar") efter att ha försvarat (21 juni 1739) avhandlingen *De medicamentis absorbentibus eorumque perverso usu* och blev sedan stads- och gruvmedicus i Falun liksom sin svärfar Johan Moræus. Han var den fjärde medicine doktor som promoverades i Uppsala sedan universitet grundades 1477. I familjen anses det att farfar donerade brevväxlingen mellan de två svågarna (jag har sett några få i faksimilupplaga) till en av Linné-societies men vi vet inte vilken. Däremot är jag rätt säker på att om någon på Svenska Läkarsällskapet läser inskriptionen på det originalexemplar av Linnés "Systema Naturae" man äger, så står det "Till min broder Olof Kahlmeter" och tittar man i sina rullor hittar man det datum då farfar Gunnar donerade exemplaret.

På Södersjukhuset har man ännu inte kommit sig för med att ta ner hans porträtt. Jag "besökte honom där" för ett par år sedan då jag ombetts hålla en föreläsningsserie om multiresistenta bakterier och hur man förhindrar dess spridning och jag måste erkänna att jag fick en liten klump i halsen. Under sitt liv fick han motta många hedersbetygelser för sina insatser på det internationella planet men dåtidens svenska medicinska potentater var inte alltid lika förtjusta. "In-fightingen" noterades till och med av allmänheten som skrev insändare där man ondgjorde sig över läkarnas inbördes avundsjuka.

Under de sista 5 åren avlöste infarkter och andra kärlproblem varandra och man får förmoda att en tilltagande hjärtsvikt försvagade honom. Han blev också mot slutet bitter och besviken över att många intriger mellan kollegerna i Stockholm motverkade en framgångsrik utveckling av den nya specialiteten, reumatologi. Hans hälsa tillät honom inte längre att kraftfullt blanda sig i stridigheterna;

han avgick 1948 som ordförande för svensk Reumatologisk Förening och drog sig sedan allt mer tillbaka. Hans uppskattning internationellt var större än den han fick på hemmaplan. Det var inte förrän många år efter hans död, någon ens andades om att han kunde anses vara svensk reumatologis grundare och grand old man.

Mot slutet satt han mest i sin stora gröna engelska sammetsfåtölj. Han berättade om svunna dagars äventyr för den som ville höra på. Han askade och fimpade alltid till höger. Där hängde ett mässingsaskfat på läderrem med blytyngder i ändarna. Men inte alltid – Hildur fick då och då för sig att det behövde diskas och hon hann inte alltid tillbaka innan nästa filterlösa orientaliska cigarett (Abdullah eller Simon Artes) behövde askas eller fimpas. Följden blev ett stort hål i stoppningen, som jag sedermera ärvde, alltså fåtölj, stoppning och hål.

Min farfar har hållits levande för mig under hela mitt liv. Genom allt det min mamma berättade. Genom min pappas svåra relation till honom. Genom allt det min pappa och farmor inte sa. Genom kollegers och lärjungars omdömen. Genom den vetenskapliga produktion som en dag dök upp i min Pubmed lista (när man hunnit så långt bak) och som kraftfullt bidrog till att öka antalet artiklar under namnet Gunnar Kahlmeter. Farfar var på nästan alla sätt mycket mänsklig och på några få sätt helt ouppnåelig. På hans dödsbädd lovade mamma Bennie att berätta för pojken om farfadern.

För den intresserade finns alla hans skrifter nogsamnt inbundna i halvfranska band i min bokhylla. Där finns också säkert 1000 gulnande tidningsurklipp. (*En mindre del av dessa finns nersparade i SRF:s bildarkiv på föreningens hemsida, liksom exempel på minnesplaketter och porträtt som han vid olika tillfällen uppvaktats med. Sök på Gunnar Kahlmeter i SRF:s bildarkiv. Redaktörernas anmärkning. Se också fig. 3.*)

Gunnar Edström

– en av den svenska reumatologins grundare

Ido Leden och Ola Nived

Gunnar Edström (se faktaruta för biografiska data) hospiterade 1931 på Åsö sjukhus i Stockholm, hos Gunnar Kahlmeter, Sveriges förste reumatolog. Denne hade på uppdrag av Läkarförbundet mandat att efter examination utfärda specialitetsintyg i reumatologi. Efter avslutad hospitering erhöll Edström ett sådant intyg. Därmed var han fast förankrad på den reumatologiska arenan där antalet aktörer vid den tiden kunde räknas på ena handens fingrar. Han hade en uttalad rehabprofil. I Göteborg, där han tidigare varit bosatt med sin familj, väntade en konsulttjänst i fysikalisk terapi på Sahlgrenska sjukhuset och han förestod ett eget fysikaliskt terapeutiskt institut.

Flytten till Lund och chefskapet för reumatologkliniken

Kliniken i Lund eller rättare *Pensionsstyrelsens kuranstalt för reumatiskt sjuka i Lund*, en av de första av detta slag i landet, hade öppnats hösten 1928. Kliniken hade egna lokaler i en nyuppförd fastighet, men sorterade under professorn i internmedicin. Nyttillträdd chef för denna klinik var biträdande överläkaren Ellen Persson. Hon torde långa perioder ha varit ensam läkare på denna stora klinik, som förutom en omfattande öppen vård också hade bortåt 60 vårdplatser. Detta var en orimlig arbetssituation, som bidrog till att hon efterhand kände sig allt mer uppgiven och tungsint, en ond spiral som slutade med suicid 1934.

I Lund fanns det ingen som kunde efterträda henne som klinikchef, varför Sven Ingvar, professor i internmedicin, efter överläggning med Gunnar Kahlmeter ringde Gunnar Edström och erbjöd honom tjänsten. Enda villkoret var att han disputerade i "ett rent reumatologiskt ämne" (3 sid. 41). Kliniskt material för sådan avhandling fanns redan och låg bara och väntade på bearbetning. Gunnar Edström var beredd att ändra sin livsriktning genom att acceptera erbjudandet och tillträdde redan den 1 september samma år en tjänst som amanuens på kliniken. Om detta, för hans personliga del stora beslut, finns att läsa i hans självbiografi från 1980 (3). Han arbetade effektivt och sammanställde snabbt data om 600 fall med reumatisk feber, vilket gjorde att han kunde disputera den 15 december 1935. Den 1 januari 1936 började han som biträdande läkare och klinikchef på reumatologen och i februari samma år blev han docent i fysikalisk terapi och reumatologi vid Lunds Universitet. Karriären fortsatte spikrakt och efterhand fick han ett flertal förtroendeposter såväl inom som utom landet, se faktaruta.

Hans första och angelägnaste uppgift blev att återställa kliniken till en väl fungerande enhet med god kapacitet för såväl sluten som öppen vård. En stor händelse under hans första år som klinikchef var att staden tillsammans med Stockholm var värd för den femte internationella reumatologkongressen (ILAR V) under perioden 3–8 september 1936. De fyra första dagarna var förlagda till Lund-

Malmö och kongressdeltagarna tog sedan tåget till Stockholm för att där avsluta kongressen. President var Sven Ingvar, som i sitt hälsningstal framhöll: ”Det gäller icke blott emellertid att vara utrustad med kunskap och färdigheter för den som vill ägna sig åt reumatiska sjukdomar. Det erfordras också en stor fond av idealism och entusiasm”(7). Programmet hade fem huvudteman: 1. Allergins roll vid de reumatiska sjukdomarna, 2. Röntgenundersökningar vid de reumatiska sjukdomarna, 3. Myalgins natur, 4. Ortopedens roll för terapin vid de reumatiska sjukdomarna, 5. Bostadsförhållandenas betydelse. Nanna Svartz föreläste under den första programpunkten och redogjorde för sina experimentella försök på kanin. Intravenös injektion av ”polymorfa diplococcer” utlöste hos flera kaniner ledinflammation. Till åhörarnas förvåning demonstrerade hon okonventionellt och oväntat en livs-

levande kanin med tydliga tecken på svullnad i en del leder. Denna överraskning övergick närmast i uppståndelse när kaninen kom lös och hoppade ner bland åhörarleden i universitetets aula, allt enligt dåtida tidningsartiklar (12, 13).

Edström är mest känd för sitt intresse för klimatets inverkan på reumatiskt sjuka. Efter en kongress i Oxford 1938 kontaktade chefen för Svenska Fläktfabriken, direktör Gustaf Ohlsson, Edström och erbjöd sig att utan kostnad bygga ett klimatrums vid kliniken, där både temperatur och luftfuktighet kunde regleras. Rummet utfördes som en ”termos” med dubbla väggar och togs i bruk våren 1939. I rummet som hade två bäddar vistades patienterna i 3-6 månader utan att lämna rummet. För behandling fanns även en bågglampa i rummet. Temperaturen hölls konstant vid 42 grader C och luftfuktigheten var 50-60% (4). I

Gunnar Edström

Född 1898 på Frösön i Jämtland.

1925-28 läkare Tranås kuranstalt, studerade fysikalisk terapi i Tyskland, Österrike, Tjeckoslovakien och Ungern under denna tid.

1930-31 underläkare på Åsö sjukhus i Stockholm hos Sveriges första reumatolog Gunnar Kahlmeter, samtidigt brunsläkare i Hjo.

1932-34 drev han privat institut för fysikalisk medicin i Göteborg.

1932-56 läkare vid Varbergs sommarkuranstalt.

1935 disputation (reumatisk feber) och biträdande överläkare vid reumatologiska kliniken i Lund.

1936 docent i reumatologi.

1941-45 ledamot 1941 års reumatikervårdssakkunniga.

1945-1972 ledande inom Riksförbundet mot Reumatism.

1947 överläkare för reumatologiska kliniken som då blev självständig.

1947-64 ledande befattningar inom Euler och ILAR.

1953 Spenshult öppnas som reumatikersjukhus, vilket i hög grad är GE:s förtjänst.

1955 en av initiativtagarna bakom starten av Acta Rheumatologica Scandinavia, nuvarande Scandinavian Journal of Rheumatology.

1962 erhöj professors namn.

1964 pensionär, men med privatmottagning i sin bostad på Klostergatan i Lund fram till 1980-talet.

1977 hedersledamot SRF. (Andra året som SRF utsåg HL. Då hade han redan hedrats med ett 20-tal sådana heders-betygelser, se 3 sid 208.)

Avled 1988. Begravd Klosterkyrkogården i Lund (fig. 4).



Fig 4. Gunnar Edström har tillsammans med hustrun Margit sin gravplats på Klosterkyrkogården i Lund.



Fig 1. Lundaklinikens tre första professorer, från vän Frank Wollheim, Gunnar Edström, Kåre Berglund. (Foto Eimar Munthe. Publicerat med tillstånd av Frank Wollheim.)

denna tropiska miljö noterades ökad syrsättning av venblodet och ökad hudtemperatur perifert. Initialt var det mest patienter med reumatisk feber som behandlades och odlingar från svalget visade att de sjukdomsorsakande streptokockerna försvann. Man får komma ihåg att detta var strax innan penicillinet blev tillgängligt.

När professor Sven Ingvar avled 1947 blev reumatologen fristående klinik, men fortfarande tillhörande Pensionsstyrelsen, vilket innebar att endast patienter i arbetsför ålder fick tas omhand.

I klimatrummen, som så småningom blev fyra till antalet efter klinikens tillbyggnad 1955, behandlades även barn och den psykiska påverkan av isoleringen är svår att bortse ifrån när man i dag tänker tillbaka. Patienterna fick förstås ta emot besök, men trots detta har de svåra påfrestningarna det medförde att vistas i "termosen" omvitnats av patienter från denna tid. Behandlingen kunde ju pågå i upp till sex månader! (4). Dock uppger Edström att man vid efterundersökningar av de 100 första patienterna hade god, kvarstående effekt hos cirka hälften av fallen men ingen effekt alls hos cirka 25 procent. De behandlade patienterna hade oftast reumatisk feber som ju kan läka ut. När Kåre Berglund tog över chefskapet 1964 (fig. 1)

upphörde användningen av klimatrummen, men fortfarande när vi kom till kliniken i mitten på 1970-talet fanns utrustningen till ett av rummen kvar. Vi minns särskilt de jättelika knivströmbrytarna i slussen in till rummet. De gav en vision av liknande anordningar i filmer som "Frankensteins monster". Vid långsamt tillslag kunde säkert ljusblixtar förekomma i slussen, liksom smällar, i sanning en bisarr miljö sett med nutida ögon. En av oss (IL) hade förmånen att flera år under 1970-talets sista hälft ha detta rymliga rum som underläkarexpedition.

Behandlingarna förutom klimatrummen bestod för ledgångsreumatikerna av guldinjektioner intramuskulärt för dem med svår sjukdom, den som efter 1948 kunde klassificeras som seropositiv. För dem med lättare sjukdom användes från 1940-talet det av professor Nanna Svartz i Stockholm uppfunna sulfasalazinet. Guldbehandlingen sköttes fram till 1970 talet via en speciell guldmottagning, initialt "enligt Secher-Möllgaard i Köpenhamn, dock med Solganol-B-oleosum och med lägre doser. Första klinik i världen med sådan terapi, blott Forestier på kurorten Aix-les-Bains tidigare från 1928" (4). Biverkningar var vanliga, särskilt guld-dermatit, och svårare sådana behandlades från och med 1944 "enligt engelskt mönster med BAL-injektioner" (4). (BAL = British anti-Lewisite, dimercaprol, är en effektiv chelatbildare.)

Ofta anges 1948 som det år då den moderna reumatologin föddes. Då upptäcktes flera betydelsefulla saker, bland annat prövade man i USA att behandla ledgångsreumatism med det nyupptäckta kortisonet för att se om ledinflammationen kunde dämpas. Svårt sjuka patienter fick 100 mg hydrokortison intramuskulärt en gång per dag. Resultatet var förbluffande gott. Inom en vecka hade en avsevärd förbättring inträtt. Då detta blev känt startade Edström en egen studie i Lund. Framställningen av kortison var oerhört dyrbar och en

komplikerad extraktionsprocess. De små mängder som renades fram under de första åren efter 1948 var inte tillgängliga för andra än forskarteamet i USA. Man visste att kroppens egenproduktion av kortison skedde i binjurebarken. Gunnar Edström kom då på den kreativa idén att pröva om implantation av hypofys från kalv skulle kunna stimulera människans binjurebark till att öka den egna kortisonproduktionen (2). Med dagens kunskap blir vi inte förvånade över att detta inte fungerade.

Pionjär inom barnreumatologi

Ett av Gunnar Edströms specialintressen var att utveckla vård och behandling av barn med kronisk artrit. Här visade han sig vara både framsynt och pionjär (11). Han insåg tidigt att många av de barn som lades in på sanatorier för tuberkulin-negativa artrit sannolikt inte alls hade tbc, utan någon form av juvenil reumatisk artrit. Han kom därför överens med Robert Hanson, överläkare och chef för Apelvikens kustsanatorium, att vården av dessa barn framöver skulle ske i Lund (4). Redan 1938 lyckades han driva igenom en ombyggnad av klinikens bottenvåning så att man fick en specialavdelning med 12 platser för barn. Tio år senare presenterade han sina samlade erfarenheter av denna specialiserade vård i en artikel, som väckte internationell uppmärksamhet (1). Inledningsvis poängterar han, att alla de 65 barn som inkluderats i studien har juvenil artrit och att i den subgrupp som klassats som Stills sjukdom alla har artropati, adenopati (lymfkörtelförstoring) och splenomegali (mjälteförstoring). Barn med ledaffektion till följd av tbc, lues, gonorrhé, septisk artrit eller annan artrit är exkluderade. Flertalet barn (51 st) behandlades med parenteralt guld, Solganol-B-oleosum 20-30 mg/kg. Klart nytänkande avspeglas i den kontrakturprofylax som tillämpas. Parentetiskt kan nämnas att denna artikel var den andra från Sverige på detta tema. Den första publicerades redan



Fig 2. Bland alla höga och officiella uppdrag som Gunnar Edström hade så var han också stormästare i Frimurarna. Han är här klädd i den ordensdräkt de frimurare bär som tillhör Carl XIII:s orden. Fotot från 1964. (Foto Frank Wollheims och SRF:s arkiv.)

1922 från Göteborg (5), men tycks inte ha varit inledning till fortsatt verksamhet inom området. 1959 var Edström inbjuden som gästföreläsare till den pediatrika världskongressen i Montreal för att tillsammans med tre andra kollegor från England, Canada och USA ”redogöra för problemen omkring juvenil reumatoid artrit”(4). Några dagar senare var det dags för en ”TV-hearing i Buffalo inför 11 miljoner tittare” (4).

Inflytelserik aktör både nationellt och internationellt (fig. 2)

Redan före flytten till Lund hade Edström börjat skapa sig ett internationellt kontaktnät. Han hade 1927 tilldelats medicinalstyrelsens ”Större resestipendium för civila läkare för att å kontinentens

special och större kurorter studera fysikalisk terapi vid främst reumatiska sjukdomar”. Detta gjorde att han kunde delta i den första internationella reumatologkongressen (ILAR nr 1), som 1928 genomfördes i Budapest, Ungern. Där lärde han personligen känna ledande reumatologer från olika länder i Europa och USA. Det internationella samarbetet inom ILAR avbröts under andra världskriget, men återupptogs direkt efter krigsslutet bland annat på Edströms initiativ. Den 16-17 februari 1946 arrangerade han ett ”första nordiskt samarbetsmöte” till vilket ledande reumatologer från Skandinavien inbjöds (4). Dokumentet fortsätter: ”Vi beslutade samfällt att *Nordisk Reumatologisk Förening* borde bildas snarast med en första kongress i Köpenhamn i sept. 1946. På denna beslöts att Einar Jarlov från Danmark och jag från Sverige samt dir. Ove Bornemann och sekr. dr. Kai Kalbak från danska Rigsföreningen, som skulle betala det hela, skulle besöka samtliga Väst-Europas reumatologsällskap för att förmå dem till samarbete och skapa Eular, liksom man i Amerika just skapat PANLAR för att sedan gemensamt återuppbygga ILAR. Vi lyckades. I sept. 47 samlades första Europeiska Reuma-kongressen i Köpenhamn. Einar Jarlov och jag reste tillsammans med gamle v. Bremen till New York. Pemberton och Loring Swain som sekr. i PANLAR och R. Freyburg som ordf. i ARA beslutade tillsammans med oss att ILAR skulle återuppstå med VII International Congress on Rheumatic Diseases i New York 49. 1947 hade Einar Jarlov blivit generalsekr. i EULAR och jag biträdande sådan. 1949 i New York valdes nu Einar Jarlov till president i för ILAR. Jag efterträdde honom som generalsekreterare i EULAR och förblev det i sex år under uppbyggnaden. 1953 ingick ILAR i WHO och fick där fyra representanter varav jag blev en. 1957 blev jag v. president i ILAR till 1961. 1955 kom Acta Rheumatologica Scandinav. till på mitt initiativ”.



Fig 3. Gunnar Edström ordförande RMR 1966-73.

På hemmaplan verkade Edström aktivt tillsammans med Gunnar Kahlmeter för att främja reumatologins utveckling och stärka dess status (8). Edström var en av ledamöterna i 1941 års reumatikervårdssakkunniga som presenterade en plan för reumatologins utbyggnad i Sverige (SOU 45:41). Han var med vid bildandet av Svensk Reumatologisk Förening 1946 och var vid flera tillfällen på 1950-talet föreningens ordförande. Han var också en av initiativtagarna till bildandet av patientorganisationen Riksförbundet mot Reumatism (RMR), nuvarande Reumatikerförbundet (fig. 3). Som pensionär var han föreningens ordförande under åren 1966-73. Han var aktiv folkpartist och satt i många år som representant för detta parti i såväl stadsfullmäktige i Lund som i riksdagens första

kammare. Han var initiativtagare till att sanatoriet i Spenshult skulle omvandlas till ett reumatikersjukhus. Från sin plats i riksdagen drev han framgångsrikt denna fråga, vilket resulterade i att Spenshult efter ombyggnad kunde återuppstå som ett modernt reumatikersjukhus hösten 1953 (6).

Edström var aktiv reumatolog så länge han levde. Han fortsatte att ha privatmottagning till 1980-talets början. Sista levnadsåret deltog han åldrad, men med liv och lust, i den X:e skandinaviska reumatologkongressen på Island 1988. På den avslutande banketten skaldade han ett eget kväde med många nostalgiska tillbakablickar på allt som hänt under hans år som reumatolog. En kopia av detta aktstycke finns i SRF:s arkiv i Lund.

Referenser

1. Edström G. Rheumatoid arthritis in children. A clinical study. *Acta Paed* 1946-7; 34: 334-56.
2. Edström G. Pituitary gland implantations in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1950; 9: 22-27.
3. Edström G. *50 år i reumatikervårdens tjänst*. Lund: Bröderna Ekstrands tryckeri 1980.
4. Edström G. Reumatologkliniken på min tid. Opublicerad källa. Maskinskrivet dokument som finns i SRF:s arkiv. Uppgift saknas om när och varför dokumentet skrivits. Det måste dock ha varit 1964 eller senare för som författare står: av Gunnar Edström klinikchef 19(36) 47-64.
5. Johannsen N. Ein Beitrag zur Kenntnis der Still'schen Krankheit. *Acta Paed* 1922-3; ii: 354-75.
6. Leden I. Spenshult som Reumatikersjukhus. I: Spenshult 1913 – 2003. Miljöns läkande kraft – mot allhärjare och folkförstörare. Emmaboda: Åkessons Tryckeri AB, 2003: 150 – 71.
7. Leden I. Reumatologkongresser i Sverige med tyngdpunkt på den första – den V ILAR 1936. *ReumaBulletin* 2004 (Nr 57): 15–17.

Han var också i vida kretsar känd som ”ängtruten”. Förvisso ett öknamn, men det speglar den glöd och intensitet han hade i sin argumentation för de saker han ville få genomförda. Han bildar tillsammans med Gunnar Kahlmeter och Nanna Svartz den trio, som lade grunden för svensk reumatologi och som framgångsrikt etablerade denna på den internationella arenan.

Artikeln baseras delvis på text hämtad från ref. 9 och 10, som publiceras med tillstånd.

Tack till Catharina Keller och Renate Elborgh som sparat Gunnar Edströms maskinskrivna dokument (4) och vidarebefordrat detta till SRF:s arkiv.

8. Leden I. Sektionen för reumatologi – riksstämmans stöttepelare. Reumatologins framväxt i Sverige. I: Svenska Läkaresällskapet 100 år, red Edling C. Svenska Läkaresällskapet (del 1) 2008: 233-57.
9. Leden I. Reumatologen i Lund – pionjärlinik med bibehållen framåtanda. I: Ledord. Ortopedi Reumatologi, red Leden I, Lidgren L, Nived O, Persson B, Persson BEB, Rydholm U, Saxne T. *Sydsv. Medicinhist. Sällskap. Årsskrift* 2013: 45-52.
10. Nived O. Från båggljus till biologisk behandling. I: Ledord. Ortopedi Reumatologi, red Leden I, Lidgren L, Nived O, Persson B, Persson BEB, Rydholm U, Saxne T. *Sydsv. Medicinhist. Sällskap. Årsskrift* 2013: 53-67.
11. Svantesson-Zymler H. Barnreumatologi. I: Leden I, Nived O, red. *Svensk Reumatologisk Förening 50 år*. Oskarshamn: AB Primo 1996: 113-25.
12. *Lunds Dagblad* N:r 205, 162:a årg, fredag 4 sept 1936. Reumatikerkongressen högtidligen invigd.
13. *Sydsvenska Dagbladet Snällposten* N:r 240, fredagen 4 sept, 1936. Kongressen i reumatism är nu i fullt arbete. Högtidlig upptakt i universitetets aula med många tal.

Nanna Svartz

Kortfattad biografi

Skriftlig version av föredrag som inledde symposiet:
Innovationer – förr, idag och i framtiden. Läkarstämman 2012-11-30.

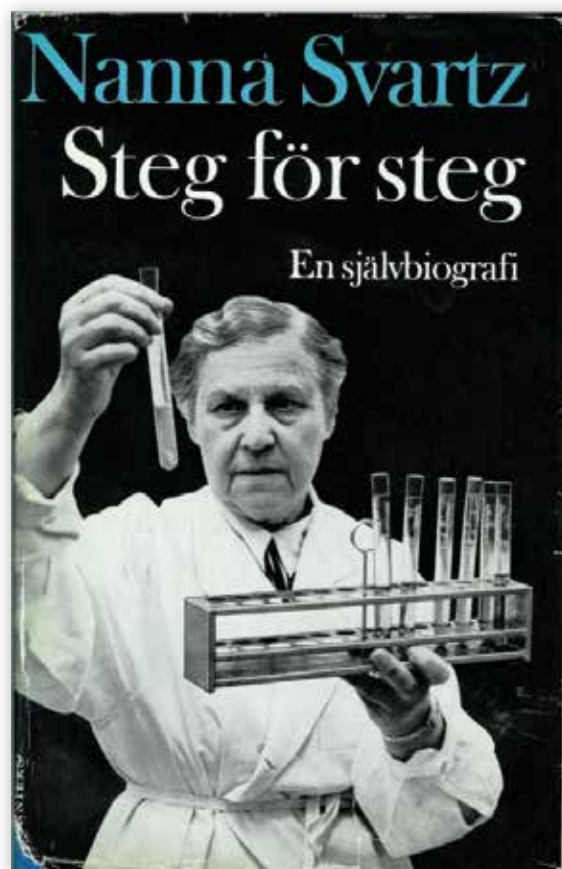
Ido Leden

Nanna Svartz utnämndes 1937 till professor i internmedicin. Detta var första gången som en kvinna i Sverige erhöll en sådan tjänst efter traditionellt ansökningsförfarande, en betydelsefull händelse inte bara för henne själv utan också för hennes meningsfränder i jämställdhetsfrågor. En stor del av sitt vetenskapliga arbete ägnade hon åt frågor om ledgångsreumatismens orsak och behandling.

Personlighet och personliga förhållanden

Nanna Svartz växte upp i Västerås i ett borgerligt hem, som präglades av humaniora och religion men också av tragik till följd av kronisk sjukdom. Alla hennes fyra äldre syskon dog i tuberkulos. Fadern var fil. Dr. med latin som specialitet och arbetade som läroverkslärare. Modern, född Moxén, var prästdotter med utbildning vid Smedmans handelsskola.

Redan under skoltiden blev Nanna bekant med en ung man, Nils Malmberg. De träffades första gången på en skoldans. Snart djupnade deras känslor och kärleken började spira. De gifte sig så fort de ekonomiska förhållandena så medgav (1918), men först 11 år senare föddes deras dotter Gunvor, som liksom föräldrarna kom att bli läkare. Nils började läsa medicin och blev så småningom öronspecialist med professors namn. Nanna, säkert delvis inspirerad av Nils, sökte och vann inträde till



Nanna Svartz självbiografi (1968).

Nanna Svartz (1890–1986)

Med Lic 1918

Med Dr och docent 1927

Professor internmedicin Karolinska sjukhuset 1937–57.

Föreståndare för Gustav V:s forskningsinstitut 1948–60.

medicinutbildningen på Karolinska sjukhuset några år senare (1911). Bland de 18 studerande, som då intogs, fanns två kvinnor, Nanna Svartz och Gärda Pettersson (Ullman). Nanna hade viss ekonomisk hjälp av stipendier från Fredrika Bremerförbundet. Nanna var redan som ung ”målmedveten och viljestark” (Lindberg). I sin självbiografi anger hon arbetsnarkomani som ett framträdande karaktärsdrag. Ett ord, som på 1960-talet, när boken skrevs, sannolikt hade annorlunda klang än idag. Hennes arbetsförmåga tycks förvisso närmast ofattbar, att döma av memoarerna. Många dygn tar hon nätterna till hjälp för att hinna med alla otaliga uppdrag och tjänstefunktioner. Till detta kommer hennes privatpraktik, som hon startade redan 1927 och inte avvecklade förrän 1983 (Ullman, sid. 244). Av självbiografien framgår klart att hon som ung flicka både var innovativ och kreativ. Hon var djupt engagerad i kvinnosaksfrågor och hade flera framsynta förslag om hur förbättringar av kvinnors liv och villkor skulle kunna genomföras. Hon ansåg sig dock inte vara stridbar nog för att ”passa på barrikaderna” och blev glad när Karolina Widerström stöttade henne i denna bedömning. Nanna lämpade sig bäst för studier och akademisk karriär (Svartz 1968: 164).

Forskare och vetenskapare

Nanna fick efter legitimationen (1918) tjänst på Serafimerlasarettet där Israel Holmgren var professor. Han blev i många avseenden hennes mentor och förebild förutom att vara en trogen stöttepelare och supporter. Israel Holmgren var intresserad av olika tarmsjukdomar och Nanna Svartz avhandling kom därför att handla om den så kallade ”jäsningsdyspepsin eller rättare jäsningskatarrer i tarmen” (Svartz 1968: 73). Avhandlingens huvudtema blev att försöka klarlägga om ”de jodofila mikroorganismerna i tarminnehållet” var bakterier eller jästceller. Det visade sig att blåfärgningen av jod varierade



Fig.2. Gerhard Domagk tilldelades 1939 års nobelpris i medicin för sin upptäckt av Prontosils antibakteriella effekt. Tragiskt nog förbjöds han av Hitler att ta emot priset. Hitler hatade nobelpriskommittéerna och deras pris sedan den norska kommittén 1935 givit fredspriset till den tyske pacifisten och journalisten/socialisten Carl von Ossietzky (Wennerberg sid. 47). Frimärke utgivet Guyana 1995.

med pH och kolhydrathalten i näringssubstratet. Hon visade också att Clostridier förekom ”i enorm mängd” i tarmen vid jäsningskatarr. Nanna behöll livet igenom sitt vetenskapliga intresse för tarmsjukdomar, särskilt ulcerös colit, men kom också tidigt att få ett stort intresse för sjukdomar med ledinflammation, särskilt ledgångsreumatism och andra polyartriter. Orsaken till ledgångsreumatism var då som nu okänd. Nanna Svartz fångades av olika teorier om utlösande mekanismer och beslöt i början av 1930-talet att detta skulle bli ett av de forskningsområden hon skulle ägna sig åt.

Under 1900-talets första hälft ansåg många att en än så länge okänd mikrob var den sannolika orsaken till ledgångsreumatism och liknande sjukdomar. Redan under sin läkarutbildning i Uppsala hörde hon professor Gunnar Forssner berätta, att han vid undersökning av ledvätska från patienter

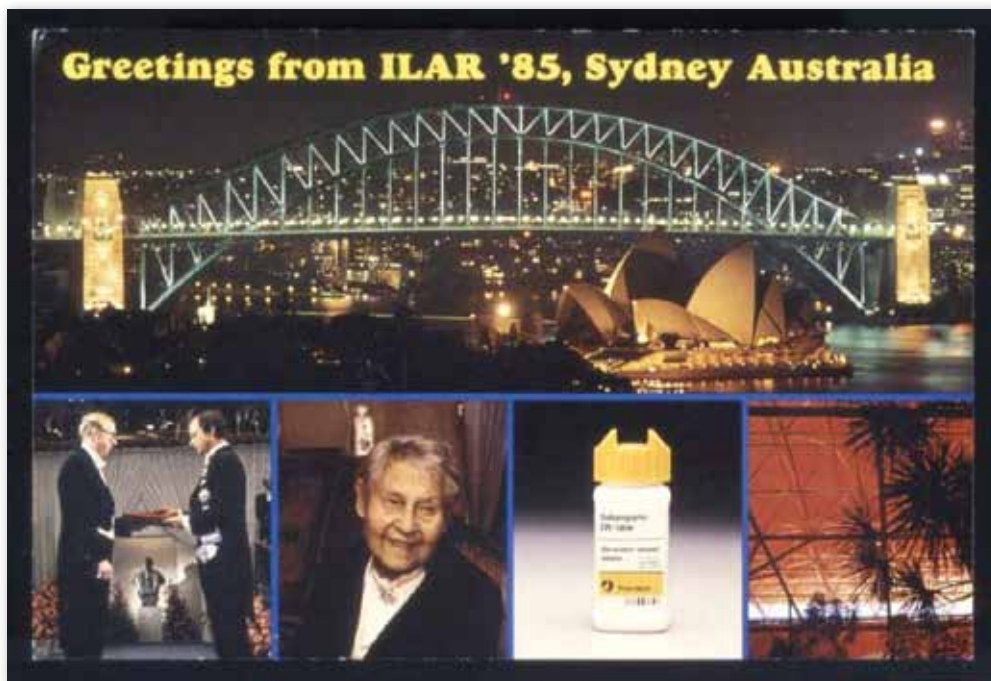


Fig.3. Vykort som distribuerades av Pharmacia i samband med den XVI ILAR-kongressen i Sydney 1985. 1980-talet kan nog ses som Salazopyrinets glansperiod när det gäller behandling av RA. Då var Salazopyrin ett betydelsefullt DMARD.

med ledgångsreumatism funnit ”bakterieliknande bildningar” (Svartz 1968: 47). När Nanna Svartz nu själv undersöker sådana ledvätskor, får hon samma intryck. Tillsammans med Dag Knutsson startade hon ”ganska omfattande bakteriologiska undersökningar vid kronisk ledgångsreumatism” (Svartz 1968: 86). ”Kulformade bakterier” påvisades i patienters svalg och tarm. Därefter inleddes experimentella studier på kanin. ”Polymorfa diplococcer” isolerades från tonsiller och tarm hos patienter med polyartrit och injicerades intravenöst (Svartz 1938). Inga kaniner visade tecken på sepsis, men flera fick polyartikulär ledinflammation, vissa bara subklinisk sådan = endast PAD-förändringar förelåg (mikroskopisk inflammation i ledhinnan). Det väckte stor uppmärksamhet när Nanna Svartz under den femte internationella reumatologkongressen (ILAR) 1936 i universitetsaulan i Lund

demonstrerade en livs levande kanin med ledsvullnad. Hos vissa kaniner slocknade ledinflammationen spontant, medan den hos andra blev kronisk och resulterade i strukturella ledförändringar påminnande om dem vid ledgångsreumatism.

Salazopyrin

1935 hade Gerhard Domagk (fig. 2) i Tyskland visat att ett sulfapreparat, prontosil, kunde ”bringa vissa former av bakteriell blodförgiftning (ett livshotande tillstånd) till läkning” (Svartz 1968: 40). De följande åren tydliggjorde att detta var en epokgörande upptäckt och Domagk tilldelades 1939 års nobelpris i medicin, men förbjöds tragiskt nog av Hitler att ta emot detta. Prontosil ”verkade” inte på alla slags bakterier men på ett tillräckligt stort antal, för att man skulle inse att ett revolutionerande läkemedel sett dagens ljus. Snart utvecklades

nya och effektivare sulfaföreningar. Nanna Svartz fascinerades av denna nya terapeutiska arena med sannolikt stor utvecklingspotential. Kreativt och innovativt designade hon egna nya forskningsfält att exploatera. Domagk ansåg att sulfa hade ”förmåga att stimulera den bakterieupplösning som vissa celler i inflammatorisk vävnad, s.k. granulationsvävnad, kan åstadkomma”. Borde det inte då ”vara fördelaktigt att kombinera sulfa med andra preparat som inverkar på annat sätt på granulationsvävnaden”, frågade sig Nanna Svartz (Svartz 1968: 111). Salicylika var kända för att ge snabb och förhållandevis god smärtlindring vid ledgångsreumatism. ”Kanske borde en kombination av sulfa och salicylpreparat försökas” (Svartz 1968: 111). (Se också Svartz 1988 där en något annorlunda bakgrund tecknas.) Sulfapyridin var då den sulfaförening, som ansågs mest potent. Nanna startade egna försök att ”åstadkomma föreningar mellan salicylsyra och sulfapyridin men kände snart starkt behov av stöd från kemisk expertis”. Hon inledde därför ett samarbete med Erik Askelöf (forskningschef) och Harry Willstaedt (kemist) på läkemedelsbolaget Pharmacia. Dessa syntetiserade ett flertal föreningar ”bland vilka en azoförening mellan salicylsyra och sulfapyridin visade sig särskilt intressant”. Under de följande åren lade Nanna Svartz ner mycket tid och kraft på att utveckla denna terapeutiska potential. Medarbetarna på Pharmacia arbetade snabbt och redan 1939 kunde hon inleda behandlingsförsök med den mest lovande substansen (salicylazo-sulfapyridin, Salazopyrin) av dem som syntetiserats. Salazopyrin visade sig minska besvären såväl hos patienter med ledinflammation (polyartrit) som tarminflammation (ulcerös kolit). För första gången tycktes man ha fått ett nytt och revolutionerande läkemedel. Salazopyrin har sedan dess och till nutid varit ett viktigt basläkemedel vid behandling av ulcerös kolit. Effekten vid RA kunde emellertid inte konfir-

meras då behandlingsförsök gjordes i Edinburgh i slutet av 1940-talet, vilket gjorde att preparatet närmast råkade i vanrykte. Det fick dock en renässans under 1980-talet för att sedan åter fasas ut.

Studier av sjukdomsmekanismer och immunologiska förändringar hos patienter med ledgångsreumatism (reumatoid artrit, RA) fick nu vänta medan Salazopyrinets egenskaper undersöktes. Efter sin pensionering kunde Nanna Svartz på Konung Gustaf V:s forskningsinstitut (se nedan) lägga full kraft på frågor om RA:s genes. Denna forskning resulterade i att hon ansåg sig ha funnit orsaken till RA. Den utlösande faktorn var en infektion orsakad av bakterien *diplostreptococcus agalactiae* (DSA), som drabbade personer tillförts via kontaminerad mjölk (Svartz 1972). Hennes åsikt baserades på studier som visat att:

- DSA är termoresistent och kunde påvisas i pasteuriserad mjölk från ett flertal europeiska länder.
- DSA förekom i 75–80 % i näsa-svalgrummet hos patienter med RA, medan så endast var fallet i 20 % hos kontroller.
- DSA orsakade/utlöste polyartrit hos kanin och mus efter intravenös injektion, hos de senare också makroglobulinbildning påminnande om reumatoida faktorer.

Akademisk karriär

Nanna Svartz blev klar med sina medicinstudier 1918 och därmed också legitimerad läkare samt Med lic. Hon gick med liv och lust in för att skaffa sig ökad kunskap om såväl laborativa som kliniska frågeställningar och snart blev hon engagerad i mer formella forskningsprojekt. 1927 kunde hon lägga fram sin avhandling och senare samma år blev hon docent i internmedicin vid Karolinska institutet (KI). Sedan följde rejäla steg på karriärstegen. 1929 fick hon en laboratorstjänst vid KI och året därpå en överläkarsjänst på Serafimerlasarettet. Ytterligare chefstjänster följde och även tillförordnad

professorstjänst i väntan på definitivt beslut om den professur i internmedicin, som utlysts när Israel Holmgren 1936 gick i pension. Den 17 dec 1937 kom konseljbeslut på att det var hon bland de sökande som utnämns till professor. Därmed hade Sverige för första gången fått en kvinna som, efter sedvanligt ansökningsförfarande, utsetts till professor. (Sonja Kovalevsky kallades 1889 till den professur hon 39 år gammal tillträdde i matematik vid Stockholms högskola.)

Beslutet att utnämna Nanna Svartz var ingalunda okontroversiellt. Hon berättar i sin självbiografi om flera otrevliga påhopp och nedsättande uttalanden både före och efter utnämningen. En del medsökande hade offentligt omtalat henne som inkompetent både beträffande vetenskapligt arbete och ledarförmåga. Man hänvisade också till hennes kön. Självklart kunde en kvinna i klimakteriet inte adekvat sköta en så kvalificerad tjänst. Andra bemötte henne med respekt. Bland andra professor Ask-Upmark i Uppsala, inför vilken få brukade finna nåd. Han skrädde sällan orden. Vid ett tillfälle framhöll han med emfas att Nanna Svartz ”var den enda karlen bland de andra käringarna” (Lindberg, sid. 202). Professuren var förenad med en överläkarts tjänst på KS. Hon pensionerades från dessa befattningar 1957, men fortsatte ytterligare några år som chef/föreståndare för Konung Gustaf V:s forskningsinstitut, en tjänst hon tillträtt 1948.

Hon hedrades med en mängd utmärkelser och hedersledamotskap. I det CV som finns i Ullmans bok (sid 275-8) inleds medaljregnet med en Illis quorum av 8:e storleken år 1946 och hon är vald till hedersmedlem i 35 vetenskapliga sällskap.

Läkare och professor

Nanna Svartz förblev under hela sitt liv en engagerad kliniker trots eller kanske tack vare många betungande administrativa sysslor. Hon brydde sig om såväl låg som hög och många patienter uttryck-

te på olika vis sin tacksamhet. De mest förmögna både genom personliga gåvor och stora betydelsefulla donationer för vetenskaplig forskning ofta öronmärkta för forskning om magtarmsjukdomar och/eller reumatiska sjukdomar (Nannas egna områden).

I sina memoarer ger Nanna Svartz glimtar från detta liv och särskilt berättar hon om berömda personer hon haft under behandling (Kung Gustav V, marskalk Mannerheim och Rysslands ambassadör Aleksandra Kollontaj). För dessa var hon alltid tillgänglig för konsultation, men det tycks också i viss mån ha gällt för ”vanliga” patienter.

Relationerna med Svensk Reumatologisk förening (SRF)

Den andra gången (1977) som SRF:s styrelse utnämnde hedersledamöter kallade man två av landets pionjärer, Gunnar Edström och Nanna Svartz. En hedersbetygelse hon uppenbarligen accepterat eftersom den finns med i hennes CV. Sannolikt såg hon denna utnämning som en fredsgest och en väg till försoning.

Hennes relation med föreningen hade nästan sedan starten 1946 varit bottenfrusen. Förvisso var Nanna förtjänt av hedersledamotskap i SRF mot bakgrund av den forskning hon bedrivit inom området. Om hon här i vissa stycken inte bara varit drivande utan kanske rent av visionär, så var detta inte fallet vad gällde hennes inställning till specialitetens utveckling. I detta avseende var hon ”konservativ och bakåtsträvare” för att använda ord Olle Lövgren på sin tid använde både privat och offentligt. Det ledde också till att hon vid det ”famösa” föreningsmötet den 8 dec 1948 ”demonstrativt” (Berglund sid. 109) desavouerades och inte utsågs till ny ordförande i föreningen efter Gunnar Kahlmeter. Protokollsutkastet från detta möte är synnerligen belysande (SRF:s hemsida). Här fanns två läger, ett under Nanna Svartz ledning, som inte hade ambitionen att reumatologi

skulle bli en egen specialitet, och ett yngre garde, lett av Olle Lövgren, som såg detta som föreningens självklara främsta mål. Nanna Svartz var valberedningens förslag till ny ordförande, men efter slutna omröstning blev det Fredrik Sundelin som valdes och Olle Lövgren efterträdde honom som vice ordförande.

Sammanfattning

Nanna Svartz är tveklöst pionjär i flera avseenden, medan hon i andra inte var lika framsynt. Hennes liv och gärning blev och är ett viktigt exempel på ”att kvinnor kan”. Hon hade dock många belackare och torde ha tvingats till många kompromisser i den patriarkaliska mansvärld som hon verkade i. Är hennes självbiografi kanske ett behov av såväl rättfärdigande som självhävdelse? Hon framträder där som oerhört självkritisk och på flera ställen uttrycker hon farhågor för att inte räcka till. Hon ter sig också sårbar och självförtroendet var inte alltid det bästa. Hon trivdes aldrig heller i ramp-ljuset och upplevde ofta en viss social osäkerhet. Denna överfördes till dottern Gunvor som berättat om detta i en mycket öppen hjärtig intervju i DN (Svartz-Malmberg 1990). Här berättas en helt annan historia än den hyllning till moderns minne hon tecknade i Läkartidningen året efter moderns död (Svartz-Malmberg 1987). I den artikeln har modern inga svagheter och inget antyds om det mycket speciella familjelivet. Som de flesta människor hade Nanna Svartz uppenbarligen också svagheter. Desto mer imponerande framstår hennes livsverk och gärning.

Vid publikationen i RB 2-2013 medföljde kort ”Summary” på engelska. Anledningen till att vi hade sådan är SRFs Nanna Svartz föreläsningar. Inbjudna utländska talare har önskat få uppfattning om innehållet i texten.

Tack till Anders Askelöf som bistått med kopior ur familjearkivet.

Källor:

- Bachrach WH. Sulfasalazine: I. An historical perspective. *Am J Gastr* 1988; 83: 487-96. (Se Svartz N 1988. Detta är del 1. Detta är en utförlig översikt som han skrev 1975, men som inte publicerades. Nanna Svartz ombads sända kommentarer och skickade mycket utförliga sådana och av kvalitet att dessa enligt B borde komma i tryck. En Ad Hoc Committee delade denna åsikt och bägge dokumenten publicerades två år efter Nanna Svartz död.)
- Berglund K. Reumatologi i Sverige. I: Nordisk Reumatologisk Förening 50 år 1946–1996, Leden I, Nived O (red). Malmö: OD Grafik 1996: 103-36.
- Lindberg G. Nanna Svartz. Sveriges första kvinnliga professor. Kapitel i hennes bok: Starka kvinnor som fört Sverige framåt. Uddevalla: Mediaprint 2005: 202-15.
- Neuman VC, Grindulis KA. Sulphasalazine in rheumatoid arthritis: an old drug revived (Editorial). *J Roy Soc Med* 1984; 77: 169-71.
- Norberg-Stenbeck R. Nanna Svartz en legendarisk invärtesmedicinare. I: Wigzell Hans (red). Min svett är steril. Några människor och händelser vid Karolinska institutet. Vingåker: Linderthos tryckeri 2011: 78–105.
- Nordanberg T. En idé med bärkraft genom decennierna. *Journalen* (Nr 7) 1991: 21.
- SRF hemsida <http://www.svenskreumatologi.se/dokumentarkiv>
- Sinclair RJG, Duthie JJR. Salazopyrin in the treatment of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1949; 8: 226-31.
- Svartz-Malmberg G. För 50 år sedan: Nanna Svartz' utnämning. Den första kvinnliga professorn vid statshögskola. *Läkartidningen* 1987; 84: 4255-58.
- Svartz-Malmberg G. Intervju i Dagens Nyheter (insidan B 6), söndagen den 21 okt. 1990.
- Svartz N. Histological changes in polyarthritis experimentally produced by polymorphous diplococci. *Acta Med Scand* 1938; 89: 302-13.
- Svartz N. Erfarenheter med Salazopyrin. *Nordisk Medicin* 1941; 11: 2261-4.
- Svartz N. Salazopyrin, a new sulfanilamide preparation. *Acta Med Scand* 1942; 110: 577-98.
- Svartz N. Steg för steg. En självbiografi. Stockholm: Bonniers 1968.
- Svartz N. Treatment of ulcerative colitis with Salazopyrin. *International Surgery* 1968; 50: 421-7.
- Svartz N. The primary cause of rheumatoid arthritis is an infection. The infectious agent exists in milk. *Acta Med Scand* 1972; 192: 231-9.
- Svartz N. La solution possible d'une énigme irritante: le diplostreptococcus agalactiae serait la cause de la polyarthrite rhumatismale. *Rheumatologie* 1972: 5-6.
- Svartz N. Sulfasalazine: II. Some notes on the discovery and development of Salazopyrin. *Am J Gastr* 1988; 83: 497-503. (Postumt publicerad artikel baserad på utförligt brev svar hon skickat till William Bachrach, se denna referens. Här berättas att DSA var frekvent fynd i tarminnehåll hos patienter med ulcerös colit. Hon undersökte hur vanligt den förekom vid andra åkommor och fann att DSA också förekom frekvent hos patienter med RA, såväl i tarm som nasofarynx. Granulationsvävnaden vid RA och UC hade många likheter. Då logiskt designa läkemedel med hög affinitet för bindväv och som också lyserade mikrober.)
- Ullman M. Nanna Svartz 1890-1986. Sveriges första kvinnliga professor i statlig tjänst. Kapitel i hans bok: Kvinnliga pionjärer verksamma i Sverige. Mariehamn: Ålandstryckeriet 2004: 233-79.
- Wennerberg J. Läkemedel som förändrat världen. Historier om vetenskap, slump och envishet. Kapitlet om Sulfa. Halmstad: Printografen AB 2012: 40-9.

Tredje och fjärde generationens byggare av svensk reumatologi

Ido Leden

Gunnar Kahlmeter (1885-1951) är Sverige förste reumatolog. När SRF konstituerades 1946 valdes han till ordförande och blev därmed den förste på denna post. Hans arbete med att främja utvecklingen av svensk reumatologi fortsattes av Gunnar Edström och Nanna Svartz. Denna trio har var för sig porträtterats i föregående kapitel. Nedan berättas kortfattat om några av den tredje och fjärde generationens byggare av svensk reumatologi.

Kåre Berglund (1917-2002) efterträdde 1964 Gunnar Edström i Lund. Gunnar var inställd på att formellt överlämna kliniken via en ”grande ronde”, något som kändes helt främmande för Kåre. Han och Gunnar trivdes inte tillsammans och undvek gärna varandra, vilket tydligt märktes av oss då unga, som började i Lund i mitten av 1970-talet. Ideologiskt och politiskt stod de i olika läger och tyvärr förstod de inte heller att uppskatta varandras storheter. Kåre Berglund fortsatte metodiskt och framgångsrikt att stärka och utveckla svensk reumatologi genom att bygga på den grund som Gunnar Edström och Kahlmeter lagt. Kåre, som fått sin utbildning på KS hos Börje Olhagen, arbetade därefter ofta i par med denne. Bägge satt med som sakkunniga i olika utredningar om reumatologins framtida organisation. Deras samarbete och samverkan med SRF:s styrelse kröntes till slut med framgång när reumatologi, efter många års kämpande på olika arenor, 1969 blev erkänt som

egen specialitet. Kåre fokuserade därefter på att få till stånd en lokal och regional förstärkning av reumatologin. Klinikarbetet förändrades i grunden och under *Merete Brattströms* ledning utvecklades en modell för team-samverkan, som kom att bli skolbildande. Det regionala arbetet bar också frukt i form av att reumatologenheter efter hand öppnades på olika länslasarett i södra regionen. En liknande utveckling skedde också i landets övriga regioner, se tabell. Kåre Berglund och medarbetare var nytänkare vad gällde samarbete med primärvården. *Björn Svensson* inledde i slutet av 1970-talet ett projekt i form av konsultverksamhet på vårdcentralen i Dalby, där ett lokalt reumateam etablerades, innebärande att reumatiskt sjuka snabbt och effektivt kunde få hjälp på plats. Även detta var skolbildande och finns dokumenterat i form av en rapport till Socialstyrelsen (2). Kåre Berglund satsade under 1970-talet mycket av sin kraft och ork på lokala och regionala projekt och hade nog varken tid eller genuint intresse för att också inleda olika typer av internationella kontakter.

Frank Wollheim (fig. 1), som 1982 efterträdde Kåre Berglund, hade rätt personlighet och fallenhet för att inkorporera kliniken i olika internationella nätverk. Han stimulerade också ett flertal juniorer att starta alternativt fullfölja påbörjade doktorand-arbeten, fig. 2. Den vetenskapliga aktiviteten fick efterhand en helt annan tyngd och bredd under Frank Wollheims ledning. Kliniken



Fig 1. Lundaklinikens tre första professorer, från vän Frank Wollheim, Gunnar Edström, Kåre Berglund. (Foto 1987 Eimar Munthe/Frank Wollheim och SRF arkiv <http://www.svenskreumatologi.se/reumatologi-i-sverige>)

genomgick också en ny omstrukturering innebärande att den indelades i olika sektioner, var och en med sin vetenskapliga inriktning. Frank kom från Malmö där han 1972 startat en reumatologisektion inom medicinklinikens ram.

Anders Bjelle disputerade i Lund 1971 på en avhandling med titeln: *A morphological study of cartilage in pyrophosphate arthropathy*. Han hade därmed lagt en grund för att ta sig an olika chefsuppdrag. I Umeå bedrevs reumatologisk verksamhet av internmedicinare i pensionsstyrelsens regi. Nu när "Rfv oket väl avlyfts" (1) var det dags att starta en självständig, forskningsaktiv och landstingsanknuten klinik. Så skedde under Anders Bjelles ledning åren 1973-80. Anders var sedan under två år chef för reumatologisektionen i Uppsala innan han 1982 utnämndes till professor i Göteborg. Hans stora insats här var att värna kliniken och se till att denna blev en självständig sådan. Med hjälp av representanter för patientorganisationen RMR genomdrev han att kliniken 1985 frigjordes från storklinikens kvävande miljö och blev en egen självständig klinik. Omedelbart därefter påbörjades uppbyggnaden av en separat forskningsavdelning (1).



Fig 2. Professor Gunnar Sturfelt (längst till vän) disputerade 1984 och året därpå docent Ola Nived (3a från vän). Bägge flankerar Stig Radner, prof em. praktisk medicin. Foto från det Frank Wollheim symposium som 1997-05-16 arrangerades för att hedra FW när han gick i pension. FW längst till höger klädd i sin klassiska röda kavaj och matchande fluga. FW har sedan dess haft en aktiv och framgångsrik emeritusverksamhet. (Foto SRF arkiv <http://www.svenskreumatologi.se/reumatologi-i-sverige>)

Som ordförande i SRF under åren 1985-90 var han nytänkare i flera avseenden. Läkarförbundet hade 1989 inrättat ett specialistutbildningsråd (SPUR) med uppgift att inventera utbildningsresurser och utbildningskvalitet. Specialistföreningarna uppmanades att inrätta en referensgrupp för dessa frågor. Inom SRF ledde detta till att den arbetsgrupp man hade för LSU-frågor (**L**äkarnas **s**pecialist**u**t**b**ildning) nu upplöstes och ersattes av en referensgrupp enligt ovan samt av en examinationsgrupp. *Folke Lindström* utsågs till föreningens förste SPUR-inspektör. Påhejad av Anders Bjelle arbetade examinationsgruppen snabbt varför examination kunde anordnas redan 1990. Modiga, pionjära deltagare var Jörgen Lysholm, Falun; Staffan Magnusson, Sundsvall och Annika Teleman, Spenshult, vilka alla avlade godkända prov (6). Under Anders Bjelles tid som ordförande anordnades också för första gången ledarskurskurser, i föreningens regi, för enhets- och sektionschefer. En nyordning i styrelsearbetet var att styrelsemötena kombinerades med besök vid olika reumatologenheter i landet, företrädesvis icke universitetseenheter.



Fig 3. 1989 var Kristianstadsenheten värd för det styrelsemöte som SRF hade i maj detta år. Till vänster Anders Bjelle i samtal med docent Sigvard Persson, chef för medicinkliniken, centralsjukhuset Kristianstad. (Foto Ido Leden.)

ter (fig. 3). Detta var ett arrangemang som blev mycket uppskattat då det på ett enkelt sätt gav möjlighet för en berikande dialog. Då fanns inte dagens möjligheter till smidigt informations- och tankeutbyte via nätet!

Torsten Ström är också en av banbrytarna i Norrland. Han kom till Boden 1970 och fick då ta över ansvaret för den reumatikervårdsavdelning som också där drevs i RFV:s regim (5). Precis som i Umeå övergick 1973 ansvaret för denna avdelning till landstinget. Torsten började då målmedvetet, med gott stöd av den lokala reumatikerföreningen, arbeta för att avdelningen skulle ombildas till en självständig klinik. Så blev det också i augusti 1978 med Torsten som klinikchef. Med sitt inspirerande ledarskap lockade han till sig många yngre kollegor, som önskade få specialistutbildning i reumatologi. Många av dessa har vittnat om Torstens karisma och hängivenhet för reumatologin. 1985 lämnade Torsten Boden och flyttade söderut till reumatologkliniken i Örebro, där han efter några år efterträdde *Jorge Goobar* som klinikchef. Kliniken i Boden upphörde 1999 i samband med de verksamhetsförändringar som inträdde när sjukhuset i Sunderby öppnades.

Börje Olhagen (1911-1998) och Kåre Berglund var överens om att reumatologin behövde frigöras från internmedicinen för att få luft under vingarna och fritt kunna utvecklas. Nanna Svartz hade motsatt uppfattning. Hon ansåg att reumatologins utveckling bäst skedde inom internmedicinens ramar och under Pensionsstyrelsen paraply. 1915 inrättades de första specifika vårdplatserna för reumatiskt sjuka under Pensionsstyrelsens egid. Efterhand tillkom ytterligare vårdplatser på olika håll i landet, men alla under administration av denna myndighet. Börje Olhagen arbetade målmedvetet, uppbackad av Kåre Berglund och delar av SRF:s styrelse, för att huvudmannaskapet skulle överflyttas till landstingen och storstadskommunerna. Universitetsinstanserna hade redan i mitten



Fig 4. Nedläggningen av Pensionsstyrelsens vårdinrättningar förgicks av många och heta debatter. Pressklipp från Svenska Dagbladet 9 maj 1960.

på 1940-talet tillstyrkt *1941 års reumatikervårds-sakkunnigas* förslag om inrättande av reumatiska undervisningskliniker i Uppsala, Göteborg och Stockholm (3). Det skulle dock dröja till 1954 innan kliniken på KS kunde öppnas, som den första i landet för specialiserad reumatikervård i kommunal regi, med Börje Olhagen som chef. När så Nanna Svartz gick i pension 1957 ”delades hennes välde upp” (4) och den reumatologiska klinken blev en självständig sådan under laborators ledning, en tjänst som några år senare omvandlades till professur. Börje Olhagen innehade båda dessa befattningar, den senare fram till sin pensionering 1977. Två av de underläkare som under de första åren tjänstgjorde under honom var Kåre Berglund och Britta Domeij-Nyberg (4). Börje Olhagen arbetade konsekvent under 1950- och 60-talen för att ytterligare reumatologenheter skulle öppnas i kommunal regi och för att Pensionsstyrelsens verksamhet skulle överföras till landstingen (fig. 4, 5). Så skedde också efterhand och denna upphörde helt 1973. Nästa självständiga reumatologklinik efter den på KS blev kliniken i Örebro som öppnades 1965 under *Per-Olof Geddas* ledning.



Fig 5. Börje Olhagen berättar 1993 för Ido Leden om alla de turer som föregick awecklingen av Pensionsstyrelsens verksamhet. (Foto SRF arkiv <http://www.svenskreumatologi.se/reumatologi-i-sverige>)



Fig 6.
Britta Domeij-Nyberg, chef för enheten i Falun 1974-89

Britta Domeij-Nyberg (1923-2006) fick sin reumatologutbildning hos Börje Olhagen på KS, se ovan. Efter några år lämnade hon KS och startade egen verksamhet som praktiker. Familjen flyttade till Falun 1962 när hennes man, Rune Nyberg, fick en biträdande överläkartjänst tjänst på kvinnokliniken. Britta fick också en sådan tjänst men på långvårdskliniken och med särskilt ansvar för reumatiskt sjuka. 1974 beslöt landstinget att inrätta en reumatologienhet, som sektion inom medicinkliniken. Britta utnämndes till chef för denna verksamhet (fig. 6) och fick ansvar för en egen vårdavdelning med 24 platser. Hon byggde snabbt upp en effektiv verksamhet, som blev förebild för många efterkommande enheter på länsjukhusnivå. Detta noterades av de lokala landstingspolitikerna, som 10 år senare beslöt att sektionen skulle friställas från medicinklinken och bli en självständig klinik för att påskynda den positiva utveckling som inletts. Kliniken har sedan dess kännetecknats av självständighet och mångfacetterad verksamhet där ett flertal specialister medverkat och samverkat. Britta såg också till att medarbetarna fick visst utrymme för vetenskaplig aktivitet, vilket också blivit ett signum för kliniken. Britta avgick som chef 1989 då hon pensionerades och efterträddes av docent *Anna Engström Laurent*, som fortsatte att driva och utveckla kliniken.

Olle Lövgren (1912-88) var en ung, revolutionär eldsjäl inom reumatologin på 1940-talet. Frank Wollheim har i en tillbakablick (RB Nr 4/2012) kallat honom ”den tidens Tomas Bremell”. Tre yngre kollegor kallade honom ”En reumatikernas förkämpe” i en runa i DN 1988-01-27. Olle hade modet att öppet opponera sig mot de äldre, konservativa kollegor som ville att reumatologi skulle förbli en del av internmedicinen. Han var visionär och yrkade tidigt att SRF skulle verka för att reumatologi blev en egen, självständig specialitet. Vid ett avgörande styrelsemöte den 8 december 1948 lyckades han, genom att begära sluten omröstning, vinna en knapp majoritet för denna linje. Vid samma möte invaldes han i styrelsen som vice ordförande. Senare var han vid flera tillfällen ordförande i föreningen bl.a. 1982, vilket innebar att han också hade att presidera under den XIX nordiska kongressen, som arrangerades i Djurö, Stockholm. Han engagerade sig också redan från början i Riksföreningen mot Reumatism (Nuvarande Reumatikerförbundet) när denna förening bildades 1945. Utöver att vara deras medicinska expert innehade han under de följande åren ett flertal olika styrelseposter för att 1973 väljas till vice ordförande, en post han sedan hade till sitt näst sista levnadsår (fig. 7). Sin kliniska verksamhet hade han först förlagd till Mörby lasarett och från 1948 till St Eriks sjukhus i Stockholm. Utöver ansvaret för reumatikervården på detta sjukhus så byggde han också upp en forskningsavdelning vars inriktning var ”experimentell klinisk reumatologi”. Doktorander fick här en bas för att genomföra sina avhandlingsarbeten.



Fig 7. Olle Lövgren.
Foto RMR foto 1985.

Julio Goobar (1930-2011) entusiasten och eldsjäl i Östersund, som brann för sitt reumatikersjukhus (fig. 8). Detta hade sin storhetstid på 1980-talet under hans ledning. Julio hade ett stort internationellt nätverk och anordnade regelbundet efterutbildningskurser med ett stort antal internationella celebriteter som föreläsare. Dessa kurser var ovärderliga för oss 40-talister som ledde verksamhet på centralsjukhus.



Fig 8. Julio Goobar kongress Lissabon 1968.

Reumatikersjukhusens historia är ett eget och mångfacetterat kapitel i svensk reumatologi. Detta har skildrats ur ägarsynpunkt i den jubileumshistorik Reumatikerförbundet gav ut till sitt 50 års jubileum 1995 (7). När Spenshult firade sina 50 år som reumatikersjukhus 2003 manifesterades det också genom utgivandet av en jubileumsbok (8). Förste chef på Spenshult var *Kurt Ekelund* som 1959 efterträddes av *Stig Thune*. Förste chef i Strängnäs var *Per-Olof Gedda* som 1966 efterträddes av *Lars Forsman*. I detta sammanhang kan jag inte låta bli att också nämna kuranstalten Nynäs i Nynäshamn, som också intar ett eget, speciellt kapitel inom svensk reumatologi. Det stora, pam-

piga badhotellet som togs i bruk under 1900-talets första år köptes 1918 av Pensionsstyrelsen, sedermera Riksförsäkringsverket, och byggdes om till ett sjukhus för rehabiliterande vård. Många personer med svår kronisk artrit fick här en möjlighet till vård och behandling. *Fredrik Sundelin* (1884-1973) var överläkare och chef för sjukhuset från 1932 till sin pensionering 1961. Han tillhörde de pionjärer som systematiskt utvärderade effekten av parenteralt givet guld och presenterade sina resultat i en avhandling 1941. Många patienter med ledgångsreumatism blev avsevärt förbättrade av de guldkurer de fick under sin vistelse och i folkmun kom kuststräckan där kuranstalten låg att kallas för guldkusten. Ett namn som används än idag, men nu med en helt annan betydelse (lyxbebyggelse).

Källor

1. Bjelle A. 30 år med reumatologi i Lund, Umeå och Göteborg. I: Svensk Reumatologisk Förening 50 år (red. Leden I, Nived O.). SmithKline Beecham Pharmaceutical AB, Solna 1996: 77-87.
2. Ekdahl C, Håkansson E, Svensson B. Försöksverksamhet med specialiserad reumatikermottagning vid vårdcentral, Dalby. Socialstyrelsen 1980.
3. Leden I. Reumatologin – föregångsspecialitet. Tidigt ute med lagarbete i rutinsjukvården. Läkartidningen 1995; 92:1383-88.
4. Olhagen B. Åren vid reumatologiska kliniken, KS 1954-1977. I: Svensk Reumatologisk Förening 50 år (red. Leden I, Nived O.). SmithKline Beecham Pharmaceutical AB, Solna 1996: 39-52.
5. Ström T. När reumatologin kom till Norrbotten. Reuma-Bulletinen 2008 (Nr 70): 13-15.
6. Appendix: Föreningens historia speglad genom några axplock från protokoll och årsberättelser. I: Svensk Reumatologisk Förening 50 år (red. Leden I, Nived O.). SmithKline Beecham Pharmaceutical AB, Solna 1996: 187.
7. Jubileumsbok: Riksförbundet mot Reumatism 50 år (1945 – 1995). Från välgörenhet till rättighet. RMR, Falu Bokproduktion 1995.
8. Jubileumsbok: Spenshult 1913-2003. Miljöns läkande kraft – mot allhärjare och folkförstörare. Spenshult AB, Åkessons Tryckeri AB, Emmaboda 2003.

**Idag (2016) existerande reumatologenheter på länsnivå som tillkom på 1970- och 1980-talen¹.
Namn = första(e) enhetschef.**

¹Alla idag existerande reumatologenheter finns listade i Tomas Bremells artikel på sid 93.

Alingsås	1987	Per-Erik Rönnborg
Bollnäs	1981	Bengt Lindell
Borås	1974	Bo Edström
Eskilstuna	1987	Birgir Arge
Falun	1974	Britta Domeij-Nyberg
Gävle	1983	Per Uddenfeldt
Helsingborg	1981	Björn Svensson
Jönköping	1978	Frans-Erik Berglöf
Kalmar	1978	Ylva Lindroth
Karlskrona	1974	Folke Nilsson
Karlstad	1980	Jon Lien
Kristianstad	1981	Ido Leden
Malmö	1972	Frank Wollheim
Mölnådal*	1988	Monica Ahlmén
Simrishamn	1985-90	Anders Gülfe & Ingemar Boström
Skövde	1981	Dag Holmberg
Sundsvall	1982	Lars Sköldstam
Trelleborg	1983	Miriam Karlsson
Trollhättan**	1981	Lars Peter Knutsson
Uddevalla**	1977	Jan Martins
Visby***		
Västervik****	1985-90	Olle Svernell
Västerås	1979	Lydia Lindros Janitschkova
Växjö	1980	Åsa Hagstam
Ängelholm	1985-90	Bo Holmgren & Astrid Schröder

* Sektionen sedan 1997 en del av Reumatologi SU (Sahlgrenska och Mölnådal).

** Sektionen hade de första 10 åren sina lokaler i Trollhättan, Centralasarettet Vänersborg-Trollhättan. Sjukhuset bytte 1988 namn till Norra Älvsborgs lasarett (NÅL) och all verksamhet flyttades 1996 till Uddevalla för sammanslagning med den mottagning som fanns där sedan 1977.

*** Start 1996 med Martin Mousa som ansvarig överläkare. Medicinkliniken bedrev under större delen av 1980-talet reumatologisk verksamhet med hjälp av reumatologkonsult (Gunnar Havermark). 1994 övertog Lars Sköldstam och Bengt Lindell denna uppgift tills Martin Mousa tillträdde.

**** Start på initiativ av Jan Erik Larsson, chef Långvårdskliniken. Verksamheten backades upp av reumatologer från Kalmar (omväxlande Ylva Lindroth, Lars Sköldstam och Bengt Lindell). När sektionen/verksamheten överfördes till medicinkliniken övertogs ledarskapet av Olle Svernell.

ReumaBulletinen

– en tillbakablick

Ido Leden

ReumaBulletinens tillkomst har sitt ursprung i den ”Medicin Service” Astra Syntex tillhandahöll ett flertal specialiteter från slutet av 1970-talet.

Kontaktperson och huvudansvarig för denna verksamhet var under alla år Clary Gustafsson. Man kunde anmäla sig till denna ”medlemsservice” och många reumatologer tillhörande min generation minns säkert den gula Syntexpärmen med flikar för olika efterutbildningsaktiviteter, litteraturservice och en kalender (Reu-Kalendern) med förteckning över aktuella och kommande kongresser, möten, efterutbildningskurser osv. Via Clary kom per post regelbundet uppdaterat material som kunde sättas in under aktuell flik i Syntexpärmen.

Reu-kalendern blev snart ett viktigt instrument/dokument för att snabbt och lätt delge landets reumatologer information om planerade aktiviteter av olika slag. Clary Gustafsson var naturligtvis betjänt av att få hjälp med bevakning/inrapportering av events, men också av en dialogpartner väl förankrad inom svensk reumatologi. Till sådan valdes docent Björn Svensson, då chef för reumatologsektionen i Helsingborg. Det beslöts att Reu-Kalendern skulle ges ut som en del i ett nyskatat utskick som kallades Reu-Bulletinen och som fick en nygjord layout/huvud som kom att behållas i många år, se bild.

Jag har inte nr 1, som utkom hösten 1984, i min samlingspärm för dessa utskick, men väl nr 2



Reu-Bulletinen nr 2, mars 1985



Sista utgåva (nr 71, okt 2008) av ”gamla” ReumaBulletinen

ReumaBulletinens framsida/förstasida har under åren 1984–2008 haft en mycket konstant utformning. Den design som skapades vid introduktionen behölls oförändrad fram till och med oktober 2000. Det utförandet som infördes april 2001, då nr 48 utkom, har sedan behållits. Då ändrades också namnet från Reu-Bulletinen till ReumaBulletinen.

och merparten av de följande utgåvorna. Nr 2 om totalt fyra sidor utkom i mars 1985 och på första sidan finns ett medlemsbrev skrivet av föreningens ordförande, Björn Svensson, som tillika var utsedd redaktör för Reu-Bulletinen. På sidan två finns en bildkavalkad från föreläsningarna i Reumatologi den 16 oktober, 1984, Karolinska sjukhuset. Föreläsare var professorerna Ravinder Maini, London och Gunnar Husby, Tromsö. Sidan 3–4 är aktuell Reu-Kalender, som också har beteckningen nr 2.

Såväl Björn Svensson som övriga i SRF:s styrelse insåg den potential och utvecklingsmöjlighet som fanns i detta medlemsblad. I protokollet från styrelsemöte april -86 uttalas, att Reu-Bulletinen är en ”viktig informationskälla” som kan utvecklas. Man beslöt att som stående punkt framöver på kommande dagordningar ha en diskussion om utformning och tänkbart innehåll i Reu-Bulletinen. I styrelsens årsberättelse detta år sägs att ambitionen är att Reu-Bulletinen inte bara skall vara informationskanal utan också ett ”forum för åsiktsutbyte”.

Under 1987 fortsätter Reu-Bulletinen att endast omfatta enstaka sidor, men tillsammans med Reu-Bulletinen distribueras nu kopior av olika dokument av intresse för medlemmarna (exempelvis remisser, remissvar, LSU-85 handlingar, abstract, avhandlingar osv.). Reu-Bulletinen nr 10, som utkom i oktober 1988, blir det första nummer med omfång och disposition av det slag vi vant oss vid under 1990-talet och 2000-talet. Antalet sidor uppgick till 34 och inleddes med brev från de olika styrelseledamöterna för att följas av informationsmaterial av det slag som ovan exemplifierats.

Den facklige sekreteraren (Ido Leden) fick redan under sitt första år i styrelsen (1985) i uppgift att tillsammans med redaktören (Björn Svensson) svara för innehållet i Reu-Bulletinen. Ido skrev i dec -86 ett ”julebrev” till medlemmarna och under

de följande åren följde ett flertal informationsbrev med beteckning utifrån aktuell årstid. Efterhand började också andra styrelseledamöter att sprida information om sitt ansvarsområde i form av brev till medlemmarna och detta blev ett förhållnings-sätt som kom att bli bestående genom alla år.

De olika redaktörerna, se förteckning faktaruta, har alla uppmanat medlemmarna att inkomma med bidrag, debattinlägg osv. Detta har medfört att en del icke-styrelsemedlemmar under perioder varit mer eller mindre permanenta bidragsgivare, för exempel se faktaruta. Reu-Bulletinen fick en ny framsida med nr 48, april 2001. Då namnändras också Reu-Bulletinen till ReumaBulletinen och SRF:s logo börjar pryda framsidan som också i marginalen förses med del av en röntgenbild. Ett utförande som behålls oförändrat så länge ReumaBulletinen utges i sitt ”gamla” utförande. På annan plats (sid 3) i detta första nummer av Reuma-



Omslaget till nummer 72 av ReumaBulletinen. Första utgåvan i samarbete med Mediahuset i Göteborg.

Bulletinen i ny skepnad redogör Tomas Bremell för bakgrunden till producentbytet och vilken utvecklingspotential detta beräknas medföra.

”Nya” **ReumaBulletinen** planeras att utkomma med fyra nummer per år, med start nr 72, mars 2009.

Redaktion under Ola Börjessons ledning. Övriga redaktionsmedlemmar Tomas Bremell (ordförande SRF och ansvarig utgivare), Ido Leden och Bengt Lindell (ansvarig hemsidan). Redaktionen kommer att arbeta i nära samarbete med öronmärkta kontaktpersoner på Mediahuset i Göteborg.

Redaktörer Reu-Bulletinen/ReumaBulletinen 1984–2008

Björn Svensson

Ido Leden 1985–91 tillsammans med först **Björn Svensson** (till och med sept -88) och sedan **Anna Engström Laurent**.

Lars Peter Knutsson 1992–95 med assistens av **Anna Engström Laurent**.

Jörgen Lysholm 1996 till och med nr 42, mars 1999.

Thomas Skogh från och med nr 43, juni 1999 till och med nr 47, oktober 2000.

Ronald van Vollenhoven från och med nr 48, april 2001 till och med nr 53, oktober 2002.

Annika Telemann från och med nr 54, mars 2003 till och med nr 61, juni 2005.

Solveig Wållberg Jonsson från och med nr 62, oktober 2005 till och med nr 68, november 2007.

Ola Börjesson från och med nr 69 mars 2008 till och med nr 71, oktober 2008.

Anmärkning:

Tomas Bremell 2009 –

Producenter och sponsorer ReumaBulletinen 1984–2008

Astra Syntex till och med nr 29, nov 1994.

Roche nr 30, mars 1995 till och med nr 47, oktober 2000.

Aventis nr 48, april 2001 till och med nr 53, oktober 2002.

Wyeth nr 54, februari 2003 till och med nr 71, oktober 2008.

Anmärkning:

Mediahuset 2009 –

Exempel på återkommande bidrag till RB:s innehåll av icke styrelsemedlemmar

Språklåda

(Henrik Schiller) med start nr 17, mars 1991.

Tillbakablickar i Reumatologins och Immunologins historia

(Ido Leden) med start nr 55, juni 2003.

Pottholzt funderingar

(Tomas Weitoft) med start nr 58, juni 2004.

Information om våra nationella register

(Staffan Lindblad)

Hemsidan

(Bengt Lindell)

Foto från olika events

(Förteckning kommer att läggas ut på hemsidan)

Reumatologseniorerna

(Ylva Lindroth och Ido Leden)

Anmärkning:

Helt inaktuell idag (2016), ett flertal medlemmar bidrager regelbundet med olika temaartiklar.

Reumatologkongresser i Sverige

med tyngdpunkt på den första – den V:e ILAR 1936

Ido Leden

Bakgrund

Vid den internationella fysioterapikongressen i Berlin 1913 väckte holländaren van Breemen ett förslag om att bilda ett internationellt institut för vetenskaplig forskning om reumatiska sjukdomar. Man avsåg att fortsätta denna diskussion vid nästa möte 1917 i S:t Petersburg, men första världskriget kom emellan.

Internationell sammanslutning

Frågan togs emellertid upp på nytt 1925 i Paris vid det årliga mötet för The International Society of Medical Hydrology. Tiden var nu mogen och det fattades beslut om att bilda en internationell kommitté. Detta embryo reorganiserades och fick fastare former 1928, varvid namnet ändrades till Ligue Internationale contre le Rhumatisme, som på engelska blev International League Against Rheumatism (ILAR).

ILAR:s uppgifter var följande:

- Att leda kampen mot reumatiska sjukdomar.
- Att leda och stimulera den vetenskapliga forskningen om reumatiska sjukdomar.
- Att igångsätta statistiska och andra undersökningar över de reumatiska sjukdomarnas sociala och nationalekonomiska betydelse.
- Att verka för förbättrade möjligheter till rationell vård av reumatiskt sjuka.
- Att vara utgivare av "Acta Rheumatologica" (startade 1928).

Den första ILAR-kongressen arrangerades hösten 1928 i Budapest och självklart var ILAR-presidenten närvarande. Det leddes av presidenten, Forrescue Fox från London och generalsekreteraren Jan van Breemen från Amsterdam. Det bestämdes om fortsatta kongresser vartannat år och sådana arrangerades sedan i Liège (1930), Paris (1932) och Moskva (1934). Sverige åtog sig därefter att arrangera 1936 års kongress.

Den V:e ILAR-kongressen 1936

Denna gick av stapeln den 3–8 september. De första fyra dagarna var förlagda till Lund – Malmö och kongressen avslutades sedan i Stockholm dit merparten av de drygt 400 (uppgift G Edström, O Kahlmeter skriver 200) deltagarna tog sig med tåg. Inramningen var pompös med supé på Grand hotell i Lund, galamiddag på Bjärreds Saltsjöbad med Lunds stad som värd och avslutningsbankett i Knutssalen, Malmö. I Stockholm arrangerades festföreläsning på Drottningholms teater och middag på stadshuset. Det var även väl sörgt för de medföljande damerna genom bl.a. museibesök i Skåne och Stockholm, besök i Lunds domkyrka, båttur till Köpenhamn och utflykt till ett flertal av slotten i Skåne.

I sitt hälsningsanförande briljerar kongressens president, professor Sven-Ingvar från Lund, genom att tala på såväl tyska, engelska som franska. Inledningsvis framhåller han vilken ära det är att få arrangera en sådan här kongress och blygsamt



Bankett Drottningholmsteatern, V ILAR, Lund/Stockholm. De två personerna i mitten är Henri Dausot (utgivare av Revue du Rhumatism) från Frankrike och Gunnar Kahlmeter, Sverige. (Bilden i Stockholms-Tidningen – Stockholms Dagblad 9 september 1936).



Från V ILAR 1936. Från vänster Gunnar Kahlmeter, Sven Ingvar (professor invärtesmedicin) och prins Carl. (Bilden från referens 3, sid 24).

berättar han om den oro man känt i ”lilla Lund” över att kunna ro detta i land. Speciellt med tanke på de ”världsmetopoler” som tidigare varit kongressorter. Sedan följer dock en lång och storvulen presentation om Lund som ett anrikt kulturellt, akademiskt och medicinskt center i Sverige, ”i ögonblicket Europas äldsta kungadöme”.

I sina memoarer (referens 1, sid 48) berättar Gunnar Edström att en av kongressdeltagarna var Philip Hench (Nobelpristagare 1950 för sina upptäckter gällande kortison) som ”här talade för första gången på en reumatologkongress”. Han föreläste om ”den gynnsamma inverkan som icterus och graviditet har på en kronisk artrit och sökte analysera vad detta kunde bero på”. Gunnar Edström insåg Philip Hench potential och konstaterar nöjt att mötet i Lund var starten för en lång och givande kontakt och vänskap.

Programmet i övrigt var koncentrerat till fem teman.

I. Allergins roll vid de reumatiska sjukdomarna.

Bedömdes då av många som det viktigaste ämnet. Den tyske patologen F. Klinge redogjorde för sina djurexperiment där han sensibiliserade försöksdjur

med främmande äggvita och på så vis framkallade morfologiska vävnadsförändringar påminnande om de vid kronisk artrit. Enligt Klinges hypotes var dock inte allergenet hos människa ett äggviteämne utan en bakteriell infektion. Nanna Svartz redogjorde för sina undersökningar över polymorfa diplokocker, som hon isolerat från tarm och tonsiller, men ibland också från ledexsudat hos patienter med polyartrit. Hon hävdade att den polymorfa diplokokken hade kausalsammanhang med polyartriten och därför borde betecknas ”diplococcus polyarthridis”.

II. Röntgenundersökningar vid de reumatiska sjukdomarna.

Scott från England hävdade att man inte enbart skulle nöja sig med att undersöka förändringar i ledgångarna utan även studera urkalkningsfenomen. Enligt honom var det också viktigt med standardiserad undersökningsmetodik vid röntgenundersökning. Då skulle man få möjlighet till ”både diagnostiska och prognostiska slutsatser samt avgöra om sjukdomen befann sig i ett aktivt stadium eller inte”. Volz från Tyskland framhöll

att sacroiliacaförändringar vid Bechterews sjukdom kommer långt tidigare än de i ryggraden. De senare karakteriserades av förbening av ligamentum longitudinale anterius.

III. Myalgins natur.

Två skolor fanns och bägge var representerade. Den ena hävdade att det förelåg strukturella och morfologiska förändringar i muskulaturen, den andra att sådana saknades. De senare hävdade att funktionsnedsättningen var funktionell bl.a. till följd av ”smärtreaktion” och neuralgi av oklar genes.

IV. Ortopedens roll för terapin vid de reumatiska sjukdomarna.

Patrik Haglund, ortopedins nestor (han tillträdde sin professur på KI 1913) betonade vikten av ”invaliditetsprofylax” vid reumatiska de sjukdomarna samt vikten av samarbete mellan invärtesläkaren och ortopedien. Flera talare framhöll vinsterna med avlastande och korrigerande gipsbandage.

V. Bostadsförhållandenas betydelse.

Man var medveten om att olika sociala aspekter vid kronisk artrit behövdes studeras närmare. Gunnar Edström redogjorde för en studie som visade att tillfredsställande bostadsförhållanden var korrelerat till bättre prognos.

ILAR-samarbetet omöjliggjordes under andra världskriget. Arbetet återupptogs dock snabbt så fort kriget var över. Nu föddes också tankar om såväl europeiskt som nordiskt samarbete med liknande mål som ILAR:s. Här var Gunnar Edström en av pådrivarna. Det första nordiska mötet för reumatologer hölls i Köpenhamn den 5 – 6 september 1946. Närvarande var c:a 60 deltagare från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige, men också van Breemen från Holland. Detta senare innebar att den första Eularkongressen arrangerades i Köpenhamn i september året därpå.

Det bestämdes också om fortsatta nordiska möten och nästa arrangörsländ blev Sverige (1948). Sedan har kongresser arrangerats vartannat år, se tabell. I år är det åter Sveriges tur och för första gången är Göteborgsreumatologerna huvudansvariga för kongressens genomförande. Jag/vi önskar dem lycka till och ser fram mot en spännande kongress präglad av den speciella Göteborgsatmosfären.

Källor

1. Edström G. 50 år i reumatikervårdens tjänst. Lund: Ekstrands tryckeri AB, 1980
2. Jonsson E. Den 5 internationella reumatologkongressen i Lund – Stockholm 1936. Nordisk Medicinsk Tidskrift 1936; 12:1719 – 24.
3. Kahlmeter O. Poträtt av Gunnar Kahlmeter Banbrytare för svensk reumatologi. I: Leden I, Nived O (red). Svensk Reumatologisk Förening 50 år. Oskarshamn: AB Primo-trycker, 1996: 15 – 31.
4. Leden I. Reumatologin föregångsspecialitet. Tidigt ute med lagarbete i rutinsjukvården. Läkartidningen 1995; 92: 1383 – 88.
5. Jubileumsskrift: Nordisk Reumatologisk förening 50 år. Red. Leden I och Nived O. Malmö: Searle och OB Grafik AB, 1996.
6. Kongressen mot reumatism är nu i fullt arbete. Högtidlig upptakt i universitetets aula med många tal. Sydsvenska Dagbladet Snällposten fredagen den 4 september 1936.
7. Reumatologkongressens andra dag. Givande föredrag och diskussioner. Demonstration av universitetskliniker och Sydsv. Gymnastikinstitutet. Sydsvenska Dagbladet Snällposten lördagen den 5 september 1936.
8. Reumatikerkongressen högtidligen invigd. Begeistrade lovtal till svensk kultur. Lunds Dagblad fredagen den 4 september 1936.
9. Reumatikerpatient bör äta på kolhydrater fattig kost. Ryska forskare framlägger intressanta rön vid kongressen. Diskussion om röntgenbildens betydelse och om myalgin. Lunds Dagblad lördagen den 5 september 1936.
10. Dålig bostad reumatismens bundsförvant. Reumatismen i sitt sociala sammanhang på kongressen. Rococo devertissement roade reumatologerna. Svenska Dagbladet tisdagen 8 september 1936.
11. Nästa reumatologkongress i Oxford. Vårt bästa resultat är negativt säger berömd fransk reumatolog. Stockholms-tidningen onsdagen 9 september 1936.

Reumatologkongresser i Sverige

Internationella (ILAR)

- 1936 Den V:e ILAR-kongressen i Lund – Stockholm
President var professor Sven Ingvar, Lund, som i sitt hälsningstal framhöll: "Det gäller icke blott emellertid att vara utrustad med kunskap och färdigheter för den som vill ägna sig åt reumatiska sjukdomar. Det erfordras också en stor fond av idealism och entusiasm".

Europeiska (EULAR)

- 1963 Den V Eular-kongressen i Stockholm
President: Professor Gunnar Edström, Lund
- 2002 Den andra årliga Europeiska Reumatologkongressen i Stockholm
President: Professor Lars Klareskog, Stockholm

Nordiska

- 1956 Den VI Nordiska i Lund
President: Professor Gunnar Edström, Lund
- 1964 Den X Nordiska i Lund
President: Professor Gunnar Edström, Lund
- 1972 Den XIV Nordiska i Ronneby
President: Professor Börje Olhagen, Stockholm
- 1982 Den XIX Nordiska Djurö, Stockholm
President: Med dr Olle Lövgren, Stockholm
- 1992 Den XXIV Nordiska i Lund – Malmö
President: Professor Frank Wollheim, Lund
- 2004 Den XXX Nordiska i Göteborg
President: Docent Tomas Bremell, Göteborg

Tvärfackliga

- 1995 Den V Nordiska tvärfackliga konferensen, Stockholm
Ordförande i organisationskommittén:
Margareta Bäckskog.
- 2003 Den IX Nordiska tvärfackliga konferensen, Stockholm
Ordförande i organisationskommittén:
Margareta Bäckskog.



30th Scandinavian Congress of Rheumatology
25-28 August, 2004



Sverige som värdland för skandinaviska kongresser i reumatologi 1964 – 2014

Frank Wollheim (1964, 1972, 1982, 1992, 2004)

Ingrid E. Lundberg (2014)



Göteborg var arrangör för den senaste gången Sverige var värdland för den skandinaviska kongressen i reumatologi 2004. Vännen Ido Leden har bett mig att skriva om några hågkomster från denna och tidigare kongresser i Sverige ”gärna illustrerade med hur många bilder som helst”. Ovanstående bild tog jag 1992 under den 24:e skandinaviska kongressen i Malmö. Mer om denna nedan. Vi känner igen fr.v. **Andrzej Tarkowski, Hans Carlsten, Tomas Bremell, Arturo Abdelnour, och Nicklas Nilsson.** Bilden får tjäna som en hyllning till Andrzej och hans team i Göteborg.

Lund 1964

År 1964 anordnade Sverige den 10:e skandinaviska reumatologkongressen i Lund med avgående professorn Gunnar Edström som president. I kongresskommittén ingick förutom Edström professorn i anatomi Carl-Herman Hjortsjö, professorn

i medicin Jan Waldenström, professorn i ortopedi Gunnar Wiberg, professorn i bakteriologi Sten Winblad, generalsekreterare var infektionsläkaren Karl Erik Thulin. Man noterar att presidenten var kommitténs ende reumatolog, och kan dra slutsatsen att reumatologi ännu inte stod på helt egna ben då. Själv arbetade jag de åren med gammotipproblem i USA, långt från hemlandet och ännu längre från landets reumatologer. Antalet deltagare i Lund var enligt programmet 86, 45 från Sverige, 22 från Norge, 13 från Danmark och 6 från Finland.

Reumakirurgi intog en betydande plats på agendan. Veikko Laine talade om indikation och kontraindikation för ortopedi (= ledkirurgi) med bakgrund av sitt banbrytande samarbete med Kauki Vainio som startat 1952 i Heinola. En session om autoimmuna sjukdomar inleddes av ingen mindre än Astrid Fagreus, som upptäckt plasmacellernas funktion. Den viktigaste vetenskapliga nyheten



Bild från kongressen 1964 visar från vänster: Ole Sydnes, Norge; Veikko Laine, Finland; Gunnar Edström; Hans Graudal, Danmark och Erik Kåss, Norge. Källa: GE: 50 år i reumatikervårdens tjänst. Bilden t.h. visar Helge Hedberg (fotograf: FW).

kom dock från Lund. Helge Hedberg talade om sänkt komplement i ledvätska vid reumatoid artrit, RA, en upptäckt som han disputerade på några år senare och som Nate Zvaifler i USA också publicerade 1994. Helges första artikel är från 1963. Hans bana som produktiv forskare avbröts tyvärr 1971 när han tvingades flytta till en miljö i Göteborg som inte passade hans inbitna lundensiska kynne.

Ronneby 1972

Den 14:e kongressen ägde rum den 11–14 juni i Brunshotellet. Professorn på KS, Börje Olhagen, var president. Kongresskommittén innehöll denna gång enbart reumatologiska namn: Ragnhild Gullberg var generalsekreterare, Kåre Berglund, Lars Forssman, Per Olov Gedda, Olle Lövgren, Erik Nettelbladt och Renée Norberg. Man unnade sig inte lyxen av en kongressbyrå, Ragnhild, Renée och reumatologiska klinikens kansli på KI ordnade det praktiska. Renées make doktor Johan Stenbeck tjänstgjorde i ledsagarkommittén. Mina då 10- respektive 6-åriga barn kommer fortfarande med glädje ihåg en föräldrafri utfärd till Orrefors med Johan som charmerande guide.

Kongressen hade samlat 129 skandinaviska reumatologer: 34 från Danmark, 23 från Finland, 21 från Norge, 49 från Sverige, och 2 från Island. Det var gott om plats för alla som ville bo på det prisvärda eleganta Brunshotellet. Professorn från Lund, Kåre Berglund, föredrog dock att tälta i parken! Själv var jag verksam som klinisk lärare i medicin vid den nya medicinska fakulteten i Linköping. Det skulle dröja ännu ett halvt år innan jag kunde flytta till Malmö som Allmänna sjukhusets förste reumatolog. Kongressspråket var skandinaviska. Endast ett av de totalt 33 abstrakten var skrivet på engelska.

Under kongressen kunde man lyssna till bl.a. Eimar Munthe, René Norberg och Odd Wager som talade om immunkomplex; Allan Wiik om



Morris Ziff med hustru Jackie vid Domkyrkan i Lund 1984.

granulocyt-specifika kärnantikroppar. Det skulle dröja ännu 13 år innan han publicerade den första artikeln om ANCA i Lancet. Gunnar Husby rapporterade om sekvensering av amyloid från mjäl-tar tagna från patienter som avlidit i amyloidos respektive JRA (= JIA) och AS. Per-Olov Gedda talade om penicillaminbehandling av RA – han var den förste användaren i Sverige. Sten Winblad talade om Yersinia artrit. Han hade några år tidigare upptäckt att Yersinia kunde orsaka enterit hos människa.

Morris Ziff från Dallas föreläste om *”Immunological aspects of rheumatoid synovitis”*, som alltid lysande. Ett centralt budskap var den cellulära interaktionen mellan lymfocyter och makrofager, ett tema som skulle återkomma ofta under följande år. Morris Ziff var en av grundarna av modern reumatologi i USA som utbildat en rad av dagens ledare, t.ex. Pierre Miossec i Lyon. Morris var en arbetsnarkoman som led av insomni. Varje kväll svalde han en handfull sömntabletter. När han besökte Lund som gästföreläsare 1984 kom han från ett möte i Helsingfors. Jag hämtade Morris och hans fru på Sturups flygplats på förmiddagen. Morris verkade inte helt alert. Jackie berättade i bilen till Lund att finnarna hade bjudit på sen och våt middag. Paret kom sent till hotellet. Morris tog sin vanliga dos sömnpiller. När det var dags stiga upp

några timmar senare hade strömmen gått på hotellet. Han fick raka sig i mörker. Jag var naturligtvis orolig för hur han skulle klara föreläsningen två timmar senare. Min oro var dock onödig. I samma stund som han började tala var han som alltid samlad, spännande, medryckande, mannen som satte Dallas på den reumatologiska världskartan.

Djurö 1982

År 1976 debuterade Island som värdland för en skandinavisk reumatologikongress, därför dröjde det till 1982 innan det åter var Sveriges tur. Olle Lövgren var nu föreningens ordförande. Olle var en föregångsman inom svensk reumatologi och han kanske inte är hedrad efter förtjänst. Hans avhandlingsarbete handlade om den rubbade kolhydratomsättningen vid RA och möjligheten att rätta till den genom tillförsel av ATP. Olle hade bl.a. behandlat ett 100-tal patienter med dagliga intramuskulära injektioner, och vid bristande effekt även administrerat ATP intravenöst. 66 % av patienterna förbättrades biokemiskt och kliniskt. Möjligen förebådade dessa försök Bruce Cronsteins senare upptäckt att verkningsmekanismen för metotrexat är relaterad till ökad syntes av adenosin. Olle förstod även tidigt betydelsen av fysisk aktivitet vid RA. Rolf Nordemar, Ludvig Trang och Ingiäld Hafström leddes in på den akademiska banan under Lövgren på Södersjukhuset.

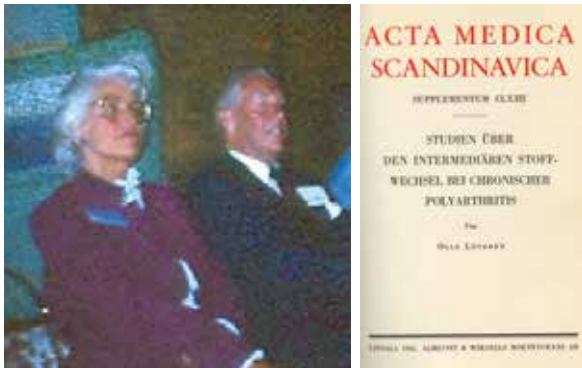
Det kom som en stor överraskning för mig när Olle under ILAR-kongressen i Paris 1981 bad mig ansvara för det vetenskapliga programmet. Det fanns betydligt mer seniora krafter både i Stockholm och i Lund vid den tiden än en kommunal överläkare vid Allmänna sjukhuset i Malmö. Men jag accepterade naturligtvis gärna och valde Björn Svensson, Merete Brattström och Helena Svanteson från Lund att delta i arbetet. Vi ville bjuda på ett program som representerade skandinavisk reumatologi på internationell nivå, och dessutom

bjuda in utomskandinaviska ledande forskare. Mitt förslag var att det vetenskapliga programmet skulle hållas på engelska vilket också skedde i stor utsträckning fast ännu på frivillig bas. Olle Lövgren var ordförande i Svensk Reumatologisk Förening och president för kongressen som hölls på PTKgården i Djurö, fyra mil öster om Stockholm. Vi fick där uppleva skärgårdens naturskönhet på lagom avstånd från storstadens frestelser.

Det sociala programmet omfattade en båtfärd till Stadshuset i Stockholm organiserad av "hamnkaptenen" Bo Ringertz. Stockholms kommun bjöd på mottagning, varefter bussar gick till Kungliga slottet där Stockholmsensemblen spelade under Mats Liljefors ledning. H. M. Drottning Silvia var kongressens beskyddarinna men deltog inte själv.

Olle Lövgren, en övertygad förkämpe för reumatologins ställning som självständig specialitet separerad från internmedicin skrev i programmets inbjudan bl.a.: *"...så borde vi överlag ha Reumatologi som självständig specialitet. Modern Invärtesmedicinen har emellertid haft en långvarig och svår förlossning med prematurer och lätt förlossningsskadade foster som följd. Det något tilltufsade svenska barnet vill nu trots brist på moderskärlek visa sig på styva linan och bjuda upp till fest... Det känns så mycket lättare och naturligare att göra detta när man vet, att den reumatologiska forskningen gjort avsevärda framsteg under de senaste åren och att nordiska reumatologer starkt bidragit härtill".* Olle Lövgren var sin tids Tomas Bremell.

Kongressen hade samlat drygt 330 deltagare: 3 från Island, 49 från Finland, 62 från Norge, 65 från Danmark, 140 från Sverige, och 12 från andra länder, således hela 10 förutom de 2 inbjudna föreläsarna. Programmet blev omfattande och varierande med tre olika *Immunology*-sessioner, samt andra sessioner om *Joint destruction*, *Sociala konsekvenser och patientundervisning*, *Reaktiva artrit*, *Barnreumatologi*, *Remissionsinducerande farmaka*,



Marianne och Olle Lövgren på invigningen i Djurö. Den högra bilden visar Olle Lövgrens doktorsavhandling från 1945.



Djurö 1982. Alastair Mowat, Oxford, England och Patricia och Robert Winchester, New York, USA, gästföreläsare under kongressen.

samt *Amyloidosis*. Dessutom presenterade 39 *Posters*. Abstrakten trycktes som Supplement 44 i *Scand J Rheumatol*. Riksförbundet mot Reumatism hade ett särskilt program (på svenska) under hela kongressen.

Alastair Mowat riktade fokus på de viktiga neutrofila granulocyterna och erinrade om att det var 60 år sedan Felty på Johns Hopkins beskrev den efter honom benämnda triaden/syndromet: splenomegali, neutropeni, RA. Minskad fagocytosförmåga vid RA bidrar till ökad infektionsbenägenhet som ökar morbiditet och mortalitet. Bob Winchester presenterade studier av celler i synovialis karakteriserade med nya monoklonala antikroppar. Dessa verktyg baserade på Milstein och Köhlers Nobelpris belönade upptäckt började att revolutionera all cellbiologisk forskning.

Lars Klareskog rapporterade följdriktigt om immunhistologiska och funktionella studier av vävnadsprov som Staffan Lindblad insamlat med hjälp av artroskopi. Otto Wegelius talade om faktorer i serum som kunde lösa upp amyloid. Sessionen om DMARDs handlade mest om olika biverkningar av guld, penicillamin, proresid och cyklosporin. Tore Saxne kunde rapportera de första resultaten rörande kvantivering av broskspecifikt proteoglykan (senare döpt till aggrecan) i ledvätska. Eimar

Munthe hade börjat studera ett granulocytprotein, L1. Det kallas nu calprotektin och är aktuellt som biomarkör i faeces. Ingjald Hafström berättade om in vitro- och ex vivo-studier av granulocytfunktion hos RA-patienter under behandling med auranofin – det då nya perorala guldpreparatet som fungerade så alldeles lysande på djurmodeller men blev mindre framgångsrikt hos människa.

Andra presentatörer var bl.a. Håkan Ström, Gunnar Husby, Øystein Førre, Gunnar Sturfelt, Jan Pahle, Ian Goldie, Håkan och Merete Brattström, Claes Friman, Folke Lindström, Ulla Nordenskiöld och Kåre Berglund.

Malmö 1992

Tio år senare var det åter dags för Sverige att visa sig på den styva linan, för att använda Olle Lövgrens uttryck. Reumatologisk verksamhet fanns nu vid de flesta länssjukhusen i Sverige och Medicinska forskningsrådets satsning på rekryterings-tjänster i basal forskning inom reumatologin hade börjat bära frukt, inte minst tack vare forskare som Lars Klareskog och Andrzej Tarkowski. 1990 hade Finland organiserat en mycket lyckad kongress i Tammerfors där Heikki Isomäki var president och där bestämdes det att Lund skulle organisera nästa kongress. Ännu vid kongressen i Reykjavik 1988



Kockums fritid. I mitten Ola Nived på öppningsceremonin. T.h. vår kongresslogotyp, ritad av en heraldiker förmedlad av dr. Bengt Heister efter en idé av Frank Wollheim.

Darwin Prockop och Auli Toivanen.

talade sig Gunnar Edström varm för att man helst borde föreläsa på skandinaviska men kongresspråket var nu självklart engelska. SRF hade från 1989 en skånsk ordförande, Ola Nived, som således var president i den skandinaviska reumatologföreningen och som blev kongressens generalsekreterare. Det var naturligt att ge Lund uppdraget att organisera kongressen 1992, det fanns en villig professor och ett antal unga docenter att dela arbetet med. Tore Saxne blev ordförande i den vetenskapliga kommittén. Lund hade ingen lämplig möteslokal varför vi valde att hålla kongressen i Malmö i det som då kallades Kockums Fritid. Vår kongressbyrå, som hette Håkansson, skötte allt från sin villa på Bellevue. Datum för kongressen var 31/5–3/6. Solen flödade från en merendels molnfri himmel och det blev ofta ganska varmt i möteslokalerna, men man kunde svalka sig i Öresund eller i anläggningens bassäng.

Målsättningen var att kongressen skulle locka alla de fem ländernas reumatologer, låta dem presentera sin aktuella forskning, men också sätta den i relation till internationell sjutjugoårsreumatologi. För att nå detta mål var vi tvungna att dela programmet i tre parallella linjer, vilket skapade möjlighet för 107 podiumpresentationer. Dessutom hade vi två postersessioner med c:a 50 postrar vardera. Varje session fick en inom området aktiv

chairman och i varje session fanns minst en inbjuden föreläsare. Sammanlagt ett 40-tal inbjudna skandinaviska och internationella föreläsare kom till kongressen, som totalt samlade c:a 500 deltagare. Vi hade Håkansson's ord på att ekonomin skulle gå ihop. Våra och hans energiska kontakter med industrin fick dock inte riktigt den effekt vi hade hoppats på, det hotade att bli en ekonomisk förlust. Dagarna före kongressen kom emellertid räddningen från Italien. En grupp på 30 delegater anmäldes, och någon betalade full kongressavgift. Men vi såg aldrig till våra "välgörare" på själva mötet. Med det italienska tillskottet fick vi t.o.m. lite pengar över när allt var betalt och kunde använda dem för ett litet internationellt möte 1993 i Lund. Vetenskapliga kongresser hade ännu inte utvecklats till industriella produkter med syfte att generera vinst för värddorganisationen.

Kongressen började med en session kallad "Molecular biology in rheumatology". Inte bara monoklonala antikroppar utan också cDNA, peptidsyntes, PCR och sekvenseringstekniker hade börjat bära frukt. Två portalfigurer, Darwin Prockop och Miikka Vikkula, fängslade salen med sina upptäckter av mutationer i kollagengener som givit upphov till sällsynta familjära ledsjukdomar och som öppnade för ny kunskap om broskmolekyler's normala funktion. Miikka skulle snart flytta till Boston till



Howard Polley föreläser om kortison och Renée Norberg blir hedersledamot av SRF.



Tore Saxne, Ingrid och Leif Jönsson vid banketten.



Jon Torsteinson och Lars Lidgren med fruar under den fria kvällen i vårt hem. I bakgrunden längst t.v. skymtar den peruanska doktorn Fresia Castro-Pavez.



Från medeltidsbanketten på Malmöhus slott.

en annan skandinav, Björn Olsens laboratorium. Darwin Prockop, nu i Houston, är fortfarande fullt aktiv, nu med inriktning på generapi.

Peter Lipsky och Auli Toivanen var inbjudna att föreläsa om spondylartriter i en session där även Kajsa Granfors, Marjatta Leirisalo-Repo och Anne Glennås talade. Allan Wiik och Peter Madison var huvudtalare i en session om diagnostiskt viktiga autoantikroppar. Pekka Kurki talade där om keratin-antikroppar, föregångare till det som vi idag känner som ACPA. Samtidigt presiderade Ulrich Moritz över en session om fysioterapi där Christina Stenström (nu Christina Opava) talade.

Neuroimmunologi presenterades av Yrjö Kontinen, Anders Bjurholm och Charles Menkes. Neuropeptiderna var då ännu relativt okända. Island dominerade sessionen om epidemiologi. Arni

Geirsson hade funnit 18 fall av sklerodermi, motsvarande en ganska låg prevalens av 7,2/100 000 av befolkningen och enligt Olafur Baldursson var den årliga incidensen av jättecellsarterit 7,4/100 000. En session ägnades åt sklerodermi, där Carol Black var inbjuden att tala om patogenes och Roger Hällgren om mastceller och eosinofiler. Lars Cöster rapporterade om odlade hudfibroblaster och Anita Åkesson om neuropeptider i tarmen.

Ib Lorenzen inledde sessionen om DMARDs med att nämna Jim Fries' lansering av "saw tooth"-strategin för optimal dämpning av sjukdomsaktivitet. Peter Brooks framhöll att det borde vara rationellt med kombinationsbehandling. Charlotte Egsmose presenterade en placebokontrollerad skandinavisk 2-års studie av tidig RA som visade att auranofin inverkade gynnsamt både på

sjukdomsaktivitet och destruktion. Det var ännu etiskt möjligt att behandla RA under hela två år med placebo.

Lars Klareskog var ordförande i sessionen kring djurmodeller. Han talade själv om kollagen- och mineraloljemodellerna. Hans Carlsten talade om SLE hos möss och samband med östrogen. Tomas Bremell och Arturo Abdelnour berättade om den nya stafylokockmodellen hos Sprague-Dawley-råttor som upptäckts i Göteborg.

Øystein Førre var ordförande och talare i en session om cellers kommunikation och migration där Dorian Haskard var huvudtalare. Tore K Kvien var ordförande i en session ägnad åt smärta, där Claire Bombardier och Anders Bjelle talade om terapistudier vid fibromyalgi, Eva Fex, då doktorand till Kerstin Eberhardt, om mätning av smärta hos patienter med RA, och självaste Jim Fries om toxicitet hos NSAID-mediciner. Han hade i sin databas ARAMIS funnit att dragerade acetylsalicylsyretabletter hade den bästa fördragbarheten!

Staffan Lindblad var ordförande i en av Pierre Geborek initierad session om ledfysiologi med John Levick och Peter Simkin som högst kompetenta talare. Helgi Valdimarsson ledde sessionen om B-lymfocyter med Jacob Natvig som huvudtalare. Rune Grubb framförde sin intressanta hypotes om RA som orsakad av att främmande gener ”transplanteras” via virusinfektioner. En vidareutveckling kan ännu läsas på nätet: <http://www.alinks.se/ra/>

Naturligtvis handlade en session om Sjögrens syndrom, Rolf Manthorpe var en av talarna. Huvudtalare var ingen mindre än Tiny (nu Sir Ravinder) Maini som berättade om de nya fynden av spår av retrovirus i spottkörtlar hos patienter som gjorts på Kennedy-institutet. Andra bidrag lämnade Björn Gudbjörnsson och Solbritt Rantapää Dahlqvist.

I den pediatrika sessionen kunde Renate Elborg visa att amyloidos då ännu utgjorde ett dödligt hot mot barn med juvenil artrit. Anne-Marie Prieur talade som inbjuden gäst om användning av kortison hos barn. Möjligheter att motverka den hämmande effekten på tillväxten var ännu begränsade.

Gunnar Bendixen ledde en session om immunterapi. Gabriel Panayi och Gerd Burmester var de inbjudna talarna. Panayi identifierade terapimålen adekvat även sett med dagens kunskaper och meddelade att terapistudier ännu bara nått fas II. Gerd Burmester såg DR4-positiva lymfocyter av effektortyp som ett logiskt terapimål, men positiva resultat saknades ännu.

Den kirurgiska terapisesionen leddes av M Hämäläinen och handlade mycket om titan och osseointegrerade proteser med Lars Bjursten och Göran Lundborg som inbjudna talare. Sverker Ljunghall ledde en session kallad osteoporos, i vilken Graham Russel och Ulf Lerner rapporterade om då nya rön rörande samband mellan immunsystemet och benomsättning. Ingjald Hafström ledde en session om ledinfektioner där Lars Lidgren var inbjuden gäst. Yrjö Konttinen framförde immunologens och Bertil Christensson infektionsmedicinarens syn på septisk artrit.

En session som jag är alldeles speciellt stolt över hette *History of Rheumatology*. Ordföranden hette naturligtvis Ido Leden. Ido och Caroline Arcini framförde osteo-ärkeologiska fynd tydande på att RA förekom i Norden på medeltiden. Tomas Gejrot berättade om att ärkebiskopen Andreas Sunesson på 1200-talet antagligen led av RA. Helgi Jonsson hade funnit en isländsk lärobok från 1782 där Jon Petursson beskrev vad som antagligen var RA, två decennier före Landré-Beauvais. Höjdpunkten var dock att lyssna till Howard Polley (1913–2001), en av medförfattarna till Philip Henchs artikel om kortisonbehandling av RA. Han berättade om upptäckten och visade filmen

som visade de första patienternas dramatiska men övergående svar på kortisontillförsel. Det var inte svårt att övertala 79-åringen att resa den långa vägen från Rochester, Minnesota. Det skulle bli hans sista framträdande vid en vetenskaplig kongress.

Denna översikt visar hur mångsidigt vi försökte belysa dynamiken i dåtidens reumatologiska forskning. Åtskilliga av talarna befann sig ännu i början på karriären. Mycket av arbetet med kongressen skedde på fritiden. De inbjudna gästerna blev omhändertagna på kvällarna. Den första dagen var det öppningsceremoni med efterföljande rikhaltig buffé, den andra s.k. fria kvällen var gästföreläsarna inbjudna till kommittémedlemmarnas hem och den tredje hade vi den bejublade medeltidsbanketten på borggården till slottet Malmöhus, naturligtvis i strålande väder. Jag märker hur den skånska skrytsamheten börjar ta överhanden och slutar därför här med att önska framtida arrangörer av skandinaviska kongresser i reumatologi lycka till.

Göteborg 25–28 augusti 2004

År 2002 var det Sveriges tur att vara värd för en skandinavisk kongress igen, men det året arrangerades den tredje årliga EULAR-kongressen i Stockholm, och föreningen ville därför stå över det året. Det fanns också tvivlare på att de skandinaviska kongresserna behövdes, nu när EULAR-kongresserna blivit årliga. I stället gick stafetten till Norge där Hans Nossent med kort varsel organiserade en minnesvärd kongress i augusti 2002. Det kom c:a 450 deltagare, många från icke-skandinaviska länder. "Banketten" intogs i havsbandet 2 timmar västerut från Tromsø, utomhus bland till tork upphängda fisknät. Bland föreläsarna fanns den okuvlige Ashim Kahn från Cleveland. Man hade bett mig att hålla ett föredrag om skandinavisk reumatologi. Jag kallade det *Scandinavian Rheumatology. The parents and the offspring.*



Björn Gudbjörnsson, Ingrid Lundberg, Lars Klareskog och Tomas Bremell.



Gerdur Gröndal, Eiler Remme och Ingrid Lundberg.

2004 var Sverige åter värdland. Kongressen förlades till Göteborg och Tomas Bremell blev den självklare presidenten. Den vetenskapligt mycket starka grupp som Andrzej Tarkowski byggt upp utgjorde den vetenskapliga kommittén vilket borgade för högsta vetenskapliga standard. Marknadsföringen borde ha varit mer professionell, det hade programmet förtjänat. Ändå samlades c:a 300 deltagare, vilket var ganska lagom med tanke på den intima kongresslokalen, Wallenberg Conference Center, belägen intill Sahlgrenska sjukhuset. Abstraktboken publicerades aldrig, vilket måste betecknas som en historisk miss. Det påverkar min uppgift nu ett drygt decennium senare.

Kongressen inleddes med en öppningsföreläsning av den flitige mångsysslaren och entusiasten Yrjö Konttinen, Helsingfors. Innan han avled 2015 till följd av en stor hjärnblödning hann han med att publicera över 700 vetenskapliga arbeten. I Göteborg gav han en inträngande redogörelse för den molekylärbiologiska bakgrunden till proteslossning, ett då som senare aktuellt och viktigt område.

Nästa dag inleddes med en återblick på tidigare skandinaviska kongresser, vilken jag som en av de äldre kongressisterna fått äran leverera. Titeln var *"An optimistic look in the rear view mirror"* och jag erinrade inledningsvis om grundaren av svensk reumatologi Gunnar Kahlmeter som vid ILAR-kongressen i Aix-le-Bains 1934, alltså 70 år tidigare, presenterade hur sänkan varierade vid olika reumatologiska sjukdomstillstånd, ett pionjärarbete på sin tid.

DE POLYARTHRITES EN DIFFÉRENTS GROUPES DES VALEURS DE LA S.R.					
Séd. en 1 h.	Mal. de Bouillaud	Arthr. gonoc.	Arthr. inf. subaig.	Rhum. chr. progr. général.	
				en poussée	stationnaire
<10 mm.	0	0	15 %	8 %	11 %
11-20 mm.	1,5 %	0	14 %	10 %	12 %
21-40 mm.	3,0 %	6 %	21 %	19 %	25 %
41-70 mm.	17,5 %	53 %	30 %	38 %	36 %
> 70 mm.	78,0 %	47 %	20 %	25 %	16 %

*Mal. de Bouillaud var den tidens terminologi för Reumatisk Feber. Jean-Baptiste Bouillaud (1796–1881), fransman, professor internmedicin vid Charité i Paris, med hjärtsjukdomar som specialitet. Han beskrev endokarditen vid Reumatisk Feber.

Jag slutade med att sammanfatta några argument för att fortsätta traditionen med skandinaviska kongresser:

- Behovet av ett gemensamt forum för presentation av skandinavisk forskning
- Kongressernas funktion i utbildning av blivande specialister
- Kontakt med internationell reumatologi, d.v.s. både marknadsföring av skandinavisk forskning och inflöde av impulser utifrån

- Utveckling av gemensamma skandinaviska initiativ
- Vårda sociala kontakter syftande till att stärka specialitetens ställning i de enskilda länderna
- Ett lämpligt forum för vidareutbildning

För att nå dessa mål krävs en kongressledning som inte enögt går in för att presentera det egna landets bedrifter utan låter alla 5 länderna komma till tals. Detta lyckades i hög grad 10 år senare i Stockholm när Ingrid Lundberg var primus motor



Ingemar Petersson, Gunnar Sturfelt, Tore Saxne och Carl Turesson.

Efter mitt kåseri började den vetenskapliga sessionen där förste talare Diane Mathis, Joslin laboratoriet på Harvard i Boston talade om patogenes för RA. Det var spännande att lyssna till Diane, som samarbetade och fortfarande samarbetar med Christof Benoist. Hans uppmärksammade artritmodell i K/BxN möss, medierad av anti-GPI antikroppar visade sig vara beroende av den alternativa komplementvägen men oberoende av den klassiska. Det framgick även att anti-GPI antikroppar finns hos en minoritet av både friska och patienter med RA, psoriasis artrit och SLE. Vilken roll dessa spelar är dock oklart.

Désirée van der Heide talade sen om prognostiska faktorer vid RA. Rikard Holmdahl förde oss in i sin spännande värld av genetik hos möss, där



Annika Teleman och Ingemar Petersson. I bakgrunden syns Andrzej Tarkowski



Eric Matteson, Peter Lipsky, Carl Turesson, Ingrid Lundberg, Tore Saxne, Herta Matteson och Ingemar Petersson.

den oväntade upptäckten av att djur med nedsatt förmåga att producera reaktivt syre också var mer mottagliga för artrit, många hade nog förväntat sig motsatsen. Orsaken visade sig vara dysfunktion i Ncf1-genen. Upptäckten gav senare upphov till grundandet av ett företag eftersom liknande mekanismer tycks vara aktuella hos patienter med RA och kanske andra autoimmuna sjukdomar.

Dick Heinegård gav som alltid en medryckande framställning av de dynamiska händelserna i extracellulär matrix i brosk. Den välmatade förmiddagen avslutades av mästerimagingisten Mikkel Østergård från Köpenhamn.

Eftermiddagen bjöd på stimulerande diskussioner kring kliniska problem vid behandling av patienter med RA. Yrjö Kontinen och Thomas Skogh började med en duell som handlade om avancerad behandling av terapiresistent RA. Carl Turesson talade om sitt favoritämne, då som nu, extraartikulära manifestationer vid RA. Gunnar Husby redogjorde om pågående arbete på molekylär nivå kring amyloid hos mink, räv och människa. Lars Klareskog och Hans Carlsten diskuterade hur metotrexat borde användas vid mild RA. Den aggressiva terapin tidigt i sjukdomsutvecklingen

som vi känner den idag var ännu inte allmänt accepterad. Slutligen talade Tore Kvien om livskvalitet och Gisela Kobelt om hälsoekonomi.

Dagen avslutades med en kort mottagning på Börsen. När den var slut promenerade ett litet sällskap med Ingrid Lundberg, Eric och Herta Matteson, Tore Saxne, Ingemar Peterson, Carl Turesson och Peter Lipsky (Morris Ziffs efterträdare i Dallas och senare chef för Intramural research på NIH. Lipsky har även varit Editor för Journal of Immunology. Han är inte bara känd som en ledande immunolog, utan också för sina framträdande drag av manlig diva) iväg för att äta en välförtjänt middag. Vi gick till en av stans bättre restauranger på Götaplatsen, men där var det fullsatt. Därför bestämdes att vi skulle äta på vårt hotell Panorama istället. Det var mörkt och en aning för långt för en promenad. Till Lipskys uppenbara förvåning använde vi inte taxi utan besteg en spårvagn som betalades med de frikort som kongressen delat ut till deltagarna. Möjligen var detta hans första erfarenhet av att åka spårvagn. Vi åt sen en god middag där jag hade äran att bjuda vännen Peter. Med säker blick valde han ställets dyraste rödvin, *comme d'habitude*.

Nästa dag började med en synnerligen medryckande föreläsning av Betty Diamond om patogenesen för SLE. Därefter föreläste Lipsky om terapi, ett ämne som kanske inte var hans favorit, men föreläsa kan han. Estelle Trysbergs föreläsning om CNS har inte efterlämnat någon tydlig minnesbild. Hon följdes av förre Göteborgaren Roland Jonsson som talade om sin forskning i Bergen relaterad till Sjögrens syndrom. Därefter var det dags för Gunnar Sturfelt att berätta om den i Lund ganska ovanliga nefriten vid SLE. Patogenes vid sklerodermi presenterades av basalforskaren från Royal Free i London David Abraham. De intrikata stegen i patogenesen som leder till angiopati och fibros hade inte då och har ännu inte idag medfört att man på ett tillfredsställande sätt kan behandla sklerodermi.

Eftermiddagen började med att Anders Bengtsson redogjorde för sina resultat av miljöfaktorer vid SLE. Som väntat var rökning predisponerande, men ett helt oväntat och viktigt fynd var en skyddande effekt av alkoholintag. Detta har senare blivit bekräftat i åtskilliga studier och fyndet inspirerade Andrzej Tarkowski till en studie på artritmöss. Även där skyddade alkoholkonsumtion. Tyvärr nämndes inte Anders Bengtsson i Andrzej PNAS-artikel från 2007. Ingrid Lundberg talade om miljöfaktorer vid myosit och Göran Hansson



Peter Rekvig, Hans Nossent och Roald Omdal.

om immunologiska faktorer vid arterioskleros och hjärtsjukdom, ett då liksom nu högaktuellt område. Solbritt Rantapää-Dahlvist berättade om den ökade prevalensen av kardiovaskulära sjukdomar vid RA. Fysioterapeuten Helene Alexanderson från KS visade att muskelträning kunde ge positiva resultat hos patienter med myosit.

På kvällen trakterades vi med en superb kongressmiddag på en fiskrestaurang vid älven. Jag hade nöjet att sitta vid Andrzej Tarkowskis bord. Vi anade inte att hans timglas snart skulle rinna ut.

Sista dagen inleddes med att Stefan Lohmander och Ingemar Petersson presenterade osteoartrit både elegant och intresseväckande. Samma gäller Anna Karlssons framställning av granulocyternas biologi. Deras roll är, som vi ibland glömmer, stor inte bara vid septiska tillstånd som Andrzej studerat så framgångsrikt, utan i hög grad också vid såväl SLE som RA. Min generation minns patienter med högaktiv RA som vi behandlade med myocrisin. När behandlingen komplicerades av agranulocytos var synoviterna som bortblåsta. Den drabbade patienten var lycklig men doktorerna oroliga. Tore Saxnes föredrag om biomarkörer där han visade att COMP kunde användas för att styra behandling vid RA, följdes av barnläkaren Boel Andersson-Gäre som berättade om framsteg vid juvenil artrit. Helena Forsblad d'Elia informerade fint om osteoporos och till sist fick vi höra Monica Østensen, världsmästarinna på graviditet vid ledsjukdomar. En med rätta nöjd Tomas Bremell kunde avsluta kongressen vid lunchtid.

Stockholm 2014

Den 20-23 september 2014 avhölls den 35:e skandinaviska reumatologikongressen på Folkets Hus i Stockholm. Flera nyheter introducerades med denna kongress. Det var första gången som Scandinavian Society for Rheumatology stod som arrangör med Svensk Reumatologisk Förening



Lars Rönnblom och Cecilia Carlens.

som medarrangör. Den vetenskapliga kommittén som ansvarade för det vetenskapliga programmet utgjordes av styrelsen för den skandinaviska reumatologföreningen, av en yngre medarbetare från respektive skandinavisk förening samt av medlemmarna i Svensk Reumatologisk Förenings professorskollegium. I den vetenskapliga kommittén medverkade också patientrepresentanter från Nordiskt Reuma Råd och representanter för den nordiska hälsoprofessionen och barnreumatologer. Det övergripande temat för kongressen var “Prevention och behandling av reumatiska sjukdomar integrerande biologi, livsstil och outcome”. Ett av målen med kongressen vara att stödja unga forskare inom reumatologisk forskning samt att främja interdisciplinär forskning i Skandinavien. Vi hade också tonvikt på utbildning genom att arrangera två halvdagar med utbildning innan själva kongressen började. En kurs hade inriktning uppdatering i klinisk reumatologi och den andra var forskarutbildningskurs i translationell forskning. Båda initiativen var välbesökta och fick stor uppskattning.

De vetenskapliga sessionerna var uppbyggda kring 2-3 inledande föreläsningar följda av 2 utvalda abstracts med inriktning på integrering av translationell och klinisk forskning och med tyngpunkt på skandinavisk representation. Posterses-



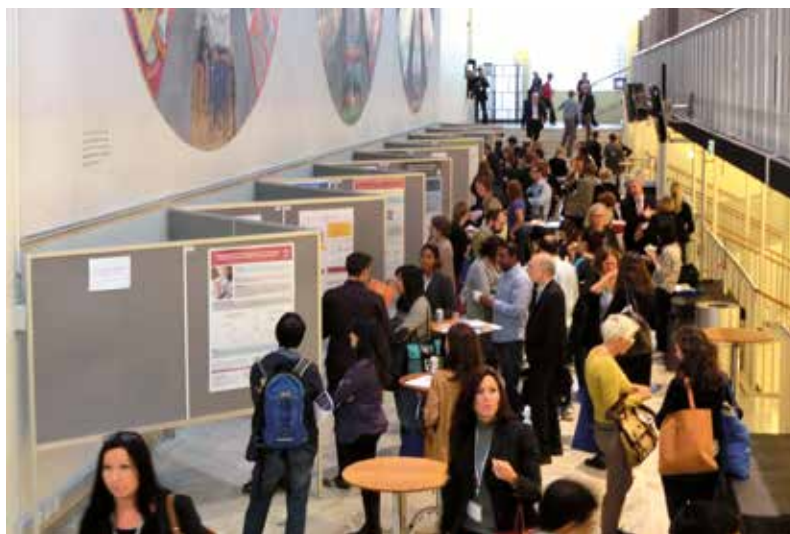
Ingrid Lundberg överlämnar stafettspinnen till Thorvardur Jón Love från Island inför SCR 2016.

sionerna gavs en tydlig plats i programmet med postervandringar och blev mycket välbesökta med livliga diskussioner.

Det vetenskapliga programmet inleddes med en mycket stimulerande föreläsning av professor Mattias Uhlén från KTH i Stockholm om forskningens väg mot att skapa individuell behandling s.k. personalized medicine baserad på molekylmönster i blod och vävnad. Denna föreläsning följdes av en lika fascinerande beskrivning av professor Johan Askling, KI, hur vi kan lära oss från familjestudier varför vi får RA.

Den första vetenskapliga sessionen hade titeln *“How to apply current knowledge comparing the effectiveness of treatments for rheumatic diseases”* under vilken behandlingsstudier vid reumatoid artrit presenterades från Sverige (Ronald van Vollenhoven), Danmark (Merete Hetland), Norge (Tore Kvien) och Finland (Vappu Rantalaiho).

Kongressen öppnades därefter av presidenten för Scandinavian Society of Rheumatology, Ingrid Lundberg, av ordförande i Nordiskt Reuma Råd Anne Carlsson och av fysioterapeut Anne-Marie Norén, representant för den skandinaviska hälsoprofessionen. Professor Öyvind Molberg, Oslo, ordförande i stiftelsen Scandinavian Research Foundation höll i prisutdelning av Scan-



dinavian Journal of Rheumatology priset som tilldelades: **Christoffer Nielsen** och **Asta Linauskas** (Danmark), **Miika Arvonen** och **Johanna Huhtakangas** (Finland), **Thorvardur Jón Love** (Island), **Ellen Sauar Norli**, (Norge) och **Anca Catrina** (Sverige). Öppningsceremonin förgylldes därefter av fantastiska musiknummer, pianomusik med reumatologihistoria framförd av professor Ronald van Vollenhoven samt skönsång av dr Lara Dani ackompanjerad av docent Jon Lampa.

De följande dagarna bjöd på ett interaktivt stimulerande vetenskapligt program där bland annat smärta, artros, trötthet och kognitiva störningar vid reumatisk sjukdom, behandlingsstrategier för RA, sjukdomsmekanismer vid preklinisk och tidig RA, autoinflammatoriska sjukdomar, skandinaviska register, prediktorer för sjukdomssvårighet och komorbiditet vid reumatiska sjukdomar samt tonåringar med reumatisk sjukdom avhandlades.

Till det sociala programets höjdpunkter hörde båtturen från Stadshuset till Vinterviken där middag intogs i historiska lokaler, nämligen Alfred Nobels gamla dynamitfabrik.

Andra ämnen för det vetenskapliga program-

met var immunologiska mekanismer vid systemsjukdom, spondylartropatier ur olika perspektiv, livsstilsfaktorer med påverkan på sjukdomsförlopp och behandlingseffekter vid reumatisk sjukdom samt implementering av livsstilsfrämjande åtgärder, samt modern imaging. Vi hörde många exempel på framstående skandinavisk forskning inom reumatologi. Dessutom hölls flera workshops bland annat med presentationer av nationella riktlinjer och skandinaviska register. Nya idéer till skandinaviska samarbeten diskuterades och vi får se vid kommande skandinaviska möten vad som blir resultatet av dessa idéer. Mötet avslutades med en lysande keynote lecture om ANCA-associerad vaskulit av professor David Jayne, Cambridge, UK.

Totalt såg vi 472 registrerade deltagare vid kongressen varav 35 var doktorander eller andra studenter, 42 representanter från hälsoprofessionen och 19 representanter från patientföreningar. Kongressen avslutades vid lunchtid på tisdagen med att Ingrid Lundberg överlämnade stafetten till nästa kongress till Thorvardur Jón Love som hälsade oss alla välkomna till Reykjavik, Island i september 2016.

Reumatologin i Norden

Inför Scandinavian Congress of Rheumatology i Stockholm (21-23 september 2014) bad Reuma-Bulletinen (organ för Svensk Reumatologisk Förening) representanter för de fem nordiska länderna att ge en kort beskrivning av sitt lands reumatologi.

Nedan följer presentation av:

Danmark – av Lars Juul, formand i Dansk Reumatologisk Selskap (DRS), Gentofte.

Finland – av professor Tom Pettersson, Helsingfors.

Island – av Gerdur Gröndal, ordförande i Felags Islenska Gigtarlaekna (FIG), Reykjavik.

Norge – av Erik Rødevand, förutvarande leder i Norsk Reumatologisk Forening (NRF), Trondheim.

Sverige – av Tomas Bremell, f.d. ordförande SRF redaktör ReumaBulletinen, Göteborg.



Reumatologien i Danmark

Lars Juul

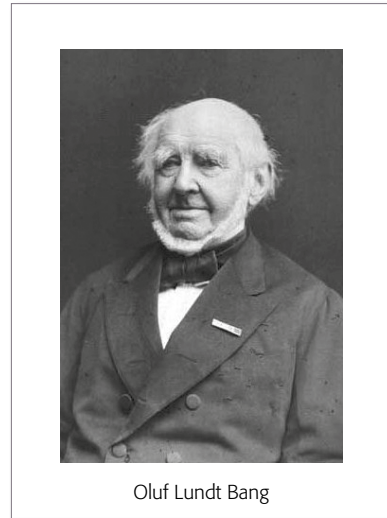
Historik

I 1800-tallet skete der en opblomstring af de gamle kurbade i Europa. Motion, sund levevis ("Diætetik") og vandkure – indvortes og udvortes var en del af behandlingen. I 1834 åbnede en af de første danske vandkuranstalter i Rosenborg Have i København. Vandkuranstalterne havde ofte nogle af landets bedste læger – betegnelsen "badelæge" har først langt senere fået en nedsættende klang.

Den danske forfatter Herman Bang beskriver i romanen "Det grå hus" sin farfar, den fornemme Oluf Bang (1788–1877), der var professor i medicin og tilknyttet Rosenborg Brøndkuranstalt. Omkring 1900 var Hans Ditlev Jansen (1875–1953) chef. Han var også intern mediciner og interesserede sig for medicinsk behandling af inflammatoriske lidelser, bl.a. radiumbehandling af reumatoid arthritis og kombinerede således medicinsk behandling og fysiurgi.

Fysiurgerne fokuserede på musklerne

Danske læger var endvidere stærk inspirerede af den svenske sygegymnastik og medico-mekaniske gymnastik med øvelser i maskiner og fra Holland kom en videreudvikling af den oldgamle massagebehandling. I 1902 dannedes "Selskabet for Fysisk Terapi og Diætetik", der regnes for den første forløber til Dansk Reumatologisk Selskab og i 1918 blev specialet anerkendt af lægeforeningen som selvstændigt speciale. I 1920 forsvarede Rigshospitals fysiurgen Johannes Helweg (1881–1957) sin disputats, hvor han argumenterede for, at iskias er en lidelse i muskler og ikke nervebetinget. Hans



Oluf Lundt Bang

Jansen var i stærk opposition hertil og det kom efterfølgende til en bitter splittelse i faget og på Helwegs initiativ blev selskabet i 1921 omdøbt til Dansk Fysiurgisk Selskab. Fysiurgerne fokuserede på musklerne – både behandlingsmæssigt, hvor massage og palpatorisk diagnostik fik en fremtrædende plads og forskningsmæssigt, hvor der blev forsket i muskelfysiologi, bl.a. på August Kroghs fysiologiske institut.

I 1936 dannede reumatologisk interesserede internmedicinere Dansk Selskab for Giftforskning, der var tæt knyttet til Giftforeningen.

Ny behandling

Sideløbende blev der forsket i de inflammatoriske sygdomme. Siden starten af 1900-tallet var man begyndt at skelne inflammatoriske ledsygdomme fra osteoartrose ved hjælp af Røntgenundersøgelser og posthume patologiske undersøgelser.

Fra 1930'erne førte erkendelsen af gigtfebers infektiøse årsag til antagelsen af at andre inflammatoriske ledsygdomme som reumatoid artrit også må være infektiøst betinget. Man afprøvede fra 1932 Guldalte, som kendtes til behandling af TB samt Sulfonamid og senere Penicillin.

Forestillingen om infektion som årsag til reumatoid artrit bestyrkedes af at der er effekt af Salazopyrin og Penicilamin, som strukturelt ligner visse antibiotika. Nanna Svartz' påvisning af virkningen af Salazopyrin i 1948 blev dog overskygget af, at Hydrocortison blev tilgængeligt og af, at Guldalte blev anset for bedre. Salazopyrin blev først genopdaget i 1980, få år før kontrollerede undersøgelser endeligt påviste effekten af Methotrexate på reumatoid artrit.

Fysiurgi og Rehabilitering

I 1960-erne og 1970-erne var der nogen behandlingsmæssig opgivenesshed, da både de fysiurgiske og forskellige medicinske behandlinger ikke levede op til forventningerne og bivirkningerne ved binyrebarkhormon blev åbenlyse. Samtidigt tog den immunologiske forskning fart, og de inflammatoriske sygdomme blev forskningsmæssigt interessante.

I begyndelsen af 1970-erne reducerede Sundhedsstyrelsen den internmedicinske del af den fysiurgiske uddannelse og ændrede specialets navn til "Fysiurgi og Rehabilitering". Fysiurgerne var bange for, at specialet ville blive et rent rehabiliteringsspecialt og ville gerne have et bredt specialt.

I modsætning hertil var det mange internmedicinernes holdning, at specialet skulle knyttes tæt til den interne medicin og i en rapport fra 1976 foreslog Sundhedsstyrelsen at specialet blev opdelt i medicinsk og fysiurgisk reumatologi.

I de følgende år blev fysiurgien på hospitalerne kraftigt beskåret, men specialet reumatologi, der omfatter både fysiurgi og medicinsk reumatologi blev til virkelighed i 1982 – samme år som Dansk Reumatologisk Selskab blev stiftet.

Reumatologien i Danmark idag

Reumatologi er i Danmark i dag et subspecialt til intern medicin. Alle danske lægers kliniske postgraduate uddannelse starter med et års basissuddannelse. For at blive reumatolog skal man herefter arbejde et år som resevelæge i intern medicin i en godkendt stilling. Inden fire år efter embedseksamen skal man starte på hoveduddannelsen i reumatologi, som er et fem-årigt skemalagt ansættelsesforløb, hvorefter man er speciallæge.

Der er i Danmark 21 hoveduddannelsesstillinger i reumatologi. I de senere år har der været øget interesse for reumatologi blandt læger, der skal vælge specialt. En stor del af æren herfor må tilskrives den meget aktive forening for vordende reumatologer, Yngre Reumatologer, som bl.a. organiserer en meget søgt inspirationskursus for helt unge læger.

I Danmark er der 280 reumatologer, svarende til ca. 20.000 indbyggere pr. reumatolog. Der er reumatologiske afdelinger i alle landets regioner, men reumatologerne er ganske ulige fordelt i landet. Således at der i Hovedstadsregionen er relativt betydeligt flere reumatologer, mens andre dele af landet er meget tyndere bemandet. Fx arbejder 38 af de 57 praktiserende speciallæger i Hovedstadsregionen.

Inflammatoriske lidelser

Som reumatologisk speciallæge arbejder de fleste som overlæge på et hospital – hvoraf langt de fleste er offentlige – eller som praktiserende speciallæge, dvs. med egen praksis, hvor de fleste har en overenskomst med sygesikringen. Tendensen er, at ambulante fysiurgiske lidelser håndteres i speciallægepraksis, men mange praktiserende speciallæger har dog et bredt udvalg af reumatologiske patienter. Hospitalerne koncentrerer sig om inflammatoriske lidelser, om end mange reumatologiske afdelinger også ser patienter med degenerative ryglidelser. Nogle meget hyppige lidelser



Rosenborg Brøndkuranstalt

i bevægeapparatet som artrose og fibromyalgi overlades overvejende til de alment praktiserende læger. Det er i også øjeblikket uklart i hvilket regi comorbiditet som fx kardiovaskulær sygdom skal håndteres, men aktuelt er det almindeligst også at overlade det til de praktiserende læger.

Som i andre lande har behandlingen af de inflammatoriske reumatologiske lidelser ændret sig meget de sidste par årtier i Danmark. Erkendelsen af at vedvarende inflammation i leddene indebærer en betydelig risiko for varige ledsader og dermed funktionstab har ført til en stadig mere aggressiv tilgang til den antiinflammatoriske behandling med hurtig start på MTX og mulighed for biologiske behandling.

Muskelfysiologisk forskning

Dansk Reumatologisk Selskab arbejder især med uddannelse og kurser. Der er to årlige velbesøgte kurser af flere dages varighed, hvor emnevalget er bredt og der er rige muligheder for at netværke. I de sidste par år har der også været stort fokus på at etablere en dynamisk og attraktiv hjemmeside. Der er ikke fra offentlig side anden støtte til videreuddannelsen af speciallæger end at alle offentligt ansatte speciallæger har ti uddannelsesdage om året. Deltagelse i kurser og kongresser er for det meste organiseret af og betalt af medicinalindustrien.

Dansk Reumatologisk Selskab har samarbejde med Gigtforeningen, der er en patientforening

med 78.000 medlemmer. Blandt mange aktiviteter har Gigtforeningen i Danmark fire behandlingscentre hvor gigtpatienter betalt af sygesikringen kan komme på bl.a. træningsophold.

Som ovenfor nævnt er der en lang tradition for muskelfysiologisk forskning i Danmark ligesom der mange steder har været fokuseret på forskning i bindevævslidelser og immunologi. Epidemiologien har også stået stærkt i Danmark i kraft af mange og meget omfattende registre – som det er blevet sagt: ”Danmark er en stor kohorte”.

I reumatologisk sammenhæng er der lavet epidemiologisk forskning om bl.a. arvelighed af reumatoid artrit, kardiovaskulær comorbiditet og kræftforekomst ved reumatologiske sygdomme. I de senere år er der fra gruppen omkring professor Mikkel Østergaard udgået en omfattende forskning i billeddiagnostik, især MR og ultralyd. Professor Merete Hetland har været primus motor i databasen ”Danbio”, hvorfra er udgået meget forskning om især reumatoid artrit og biologisk behandling. Det er obligatorisk at monitorere alle patienter i biologisk behandling i Danbio, og planen er at udvide registreringen af SLE-patienter og reumatoid artrit patienter som ikke er i biologisk behandling. To store multicenterundersøgelser, CIMESTRA og OPERA har yderligere bidraget med ny viden om reumatoid artrit.

Kilder

Erik Martin Jensen:

Forelæsning ved DRS’ generalforsamling 2002 i anledning af DRS’ 100 års jubilæum.

Svend Clemmesen, Henrik Permin og Egill Snorrason:

”Reumatologi i Danmark, træk af den historiske udvikling” p. 11ff i ”Nordisk Reumatologisk Förening, Jubileumsbok, 50 år, 1946 – 1996”.

Edvard Gotfredsen:

Medicinen historie, 3. udg. Nyt Nordisk Forlag, 1973, p. 532ff.

Marc Hochberg (ed.):

Rheumatology, 4th ed., Elsevier, 2008, p. 437ff www.sst.dk, Sundhedstyrelsens hjemmeside.

Reumatologin i Finland

Tom Pettersson

L iksom i de övriga nordiska länderna befinns reumatologin i Finland i ett skede av dynamisk utveckling både när det gäller patientvård, utbildningsfrågor och vetenskaplig forskningsaktivitet. Några frågor som under de senaste åren har varit föremål för särskild uppmärksamhet är samarbetet mellan primärvård och specialiserad sjukvård, behovet av specialister i reumatologi och förutsättningarna att med sinande anslag för klinisk forskning upprätthålla den goda vetenskapliga kvaliteten som varit utmärkande för finländsk reumatologi genom decennierna. Strävan efter att med intensiv behandling lindra och förhoppningsvis släcka ut den reumatiska inflammationen i dess tidigaste stadium har redan länge varit det centrala målet.

Historik

Bastubadandet, som känt en omistlig del av det finska folklivet, har under gångna tider använts för att behandla reumatiska besvär. I slutet av 1700-talet och framför allt under 1800-talet började man efter centraleuropeisk modell bygga kuranstalter på olika håll i landet. Under 1930-talet utarbetades detaljerade planer på ett specialistsjukhus för reumatiker i Helsingfors men de fördröjdes på grund av kriget och förföll i mitten av 1940-talet på grund av bristande anslag. År 1946 när Reumasätiö – Reumastiftelsen grundades fick projektet med ett reumatikersjukhus på nytt vind i seglen. Heinola, en mindre stad belägen 140 km nordost om Helsingfors, ansågs ha ett klimat som var speciellt väl lämpat för behandling av reumatiska sjukdomar.

I Heinola hade sedan slutet av 1800-talet verkat ett spa som efter krigsslutet 1945 fungerade som ett reumatikersanatorium. År 1951 kunde Reumastiftelsens nybyggda sjukhus i Heinola öppna sina dörrar och därmed tog den moderna behandlingen av de reumatiska sjukdomarna i Finland sin början.

Reumastiftelsens sjukhus kom att inneha en dominerande roll inom reumatikervården i Finland under mer än ett kvartssekel. Till Heinola koncentrerades nästan all reumatologisk och reumaortopedisk specialiserad sjukvård i landet. Utanför Heinola fanns endast på Helsingfors stadssjukhus en specialistledd avdelning för behandling av reumatiska sjukdomar. På centralsjukhusen (region-sjukhusen) saknades specialister i reumatologi helt och hållet. Resorna till och från Heinola blev för många patienter oskäligt långa. För att ersätta bristen på öppen vård grundade Suomen Reumaliitto – Reumaförbundet i Finland, som hade startat sin verksamhet år 1947, s.k. reumadispensärer på olika håll i landet.

Också om koncentrationen av reumatikervården till Heinola kunde uppfattas som otillfredsställande för patienterna på grund av de långa avstånden har sjukhuset haft en enorm betydelse för utvecklingen av vården av reumatiker i landet. Den helhetsbetonade vårdmodell som utvecklades i Heinola och som inkluderade reumatologisk och reumaortopedisk behandling samt hela den omfattande rehabiliteringsprocessen blev känd i vida internationella kretsar och inte minst var samarbetet och kontakterna med Östeuropa intensiva.



Bilden föreställer reumatikersjukhuset Heinola i Finland i en bild från tidigt 1950-tal. Reumatikersjukhuset i Heinola (mindre stad belägen 140 km nordost om Helsingfors) öppnades 1951. Arkitekt var Martti Välikangas (1893-1973) och den funktionalistiska byggnaden ger en bild av den framtidstro som präglade 1950-talets Finland. Hit koncentrerades nästan all reumatologisk och reumakirurgisk verksamhet i Finland under ett kvarts sekel. Sjukhuset ansågs även internationellt som ett världsledande reumatologiskt centrum med omfattande forskning runt nya behandlingsmetoder såsom teamrehabilitering och reumakirurgi. Sjukhuset stängde 2010 pga bristande resurser och uppgifter. Sjukhuset historia finns beskriven av Kauppi MJ, Säilä H, Belt EA, Hakala M: Beware of the biologicals - hospitals may die; the Rheumatism Foundation Hospital, Heinola, Finland (1951-2010); Clin Rheumatol 2012; 31:1151-4.

Reumastiftelsens sjukhus i Heinola nådde världsrökt som en föregångare inom reumatikervården.

Sedan slutet av 1960-talet har specialisttjänster inom reumatologi stegvis inrättas vid centralsjukhusen. Vid universitetssjukhusen har grundats särskilda reumatologiska vårdavdelningar som behövts i utbildningssyfte medan verksamheten på

centralsjukhusen mera har varit inriktad på öppen vård. Under ett antal decennier i slutet av 1900-talet användes många av landets gamla tuberkulossanatorier för vård av reumatiker. Reumastiftelsens sjukhus fortsatte som en självständig enhet men dess betydelse avtog successivt och år 2010 blev sjukhuset tvunget att stänga sina dörrar för gott.

Reumatologin som specialitet

Reumatologin är en relativt ung specialitet. Den inkluderades bland de medicinska specialiteterna i Finland först 1952 och uppfattades då som en subspecialitet av invärtesmedicinen. Under de följande decennierna gick diskussionens vågor ofta höga kring frågan huruvida reumatologin skulle ha status som självständig specialitet eller som en grenspecialitet inom invärtesmedicinen.

Mellan 1962 och 1979 definierades reumatologin som en självständig specialitet, varefter den igen inlemmades i invärtesmedicinen. I och med att EU-bestämmelser infördes i Finland 1993 fick reumatologin liksom andra invärtesmedicinska specialiteter åter status som självständig specialitet. För närvarande innehar 133 finländska läkare specialisträttigheter i reumatologi. Av dem är 108 med i arbetslivet och av dessa är femtiofem kvinnor. Medelåldern bland landets reumatologer är relativt hög, vilket innebär att en stor del av dem under de närmaste åren går i pension. Lyckligtvis har tillströmningen av unga läkare till specialiteten under de senaste åren varit god. Reumatologer verkar både inom den offentliga sektorn och på privatsektorn.

Bland läkare i arbetsför ålder har 11 specialistbehörighet i barnreumatologi och 23 i reumatopedi.

Att utbilda sig till reumatolog

Den som skall avlägga specialistexamen i Finland måste ha rätt att utöva läkaryrket i landet. Utbildningen till reumatolog omfattar totalt 6 år och indelas i allmän tjänstgöring och specialiserings-tjänstgöring. Av den allmänna tjänstgöringen sker 9 månader på hälsocentral (vårdcentral) och 1 år och 3 månader på sjukhus. Specialiserings-tjänstgöringen på en reumatologisk enhet omfattar 4 år av vilka 12 månader sker utanför universitetssjukhusen. I examenskraven ingår också teoretisk

utbildning och ledarskapsutbildning. Vid vart och ett av de fem universiteten i landet där reumatologer utbildas – Helsingfors, Åbo, Uleåborg, Tammerfors och Kuopio – har utnämnts en ansvarig utbildare. Var och en som utbildas till reumatolog gör upp en personlig utbildningsplan och får en personlig handledare. Utbildningstiden avslutas med en skriftlig specialisttentamen. Totalt finns 10 tjänster för utbildning i reumatologi, vilket för närvarande gör det möjligt för 13 läkare att delta i utbildningsprogrammet.

Reumatologisk förening i Finland

År 1946 grundades Suomen Reumatologinen Yhdistys – Reumatologisk förening i Finland, de finländska reumatologernas vetenskapliga samfund. Bland föreningens syften märks dess sammanhållande funktion för reumatologiskt intresserade läkare och dess strävan att främja reumatologins utveckling som vetenskap och klinisk specialitet i Finland. Föreningen, som för närvarande har 380 medlemmar, är tvåspråkig med landets båda nationalspråk – finska och svenska – som officiella språk.

Den ordnar möten med vetenskapligt fortbildningsprogram tre gånger om året och dessutom årligen särskilda utbildningsdagar för läkare under specialisering. Föreningen har livliga kontakter med sina systerföreningar i Norden och med europeiska och andra internationella reumatologiska samfund.

Reumatologföreningen delar ut och forsknings- och resebidrag inklusive understöd för doktorsav-handlingsarbeten. Den livaktiga föreningen firade år 2006 sitt 60-årsjubileum under högtidliga former.

Reumaförbundet i Finland

Efter att patientföreningar för reumatiker hade bildats i olika delar av landet grundades år 1947 Suomen Reumaliitto – Reumaförbundet i Finland

som en paraplyorganisation för verksamheten. Upplysning om reumatiska sjukdomar och social rehabilitering har utgjort hörnstenarna i förbundets verksamhet. Den reumadispensärsverksamhet som förbundet under sina tidiga år startade hade stor betydelse under 1950-, 60- och 70-talen.

Förbundet byggde redan på 1960-talet i Kangasala i Tavastland en rehabiliteringsanläggning, som småningom har vuxit till ett stort center där kurser ordnas med rehabilitering och kamrattstöd som centrala innehåll. Reumaförbundet fungerar som en tvåspråkig intresseorganisation för patienter med sjukdomar i rörelseorganen.

År 2012 räknade förbundet 161 lokalföreningar och 42 700 personmedlemmar. Förbundet har sedan år 1953 gett ut tidskriften Reuma som utkommer fyra gånger om året med en upplaga på över 60 000 exemplar. Sedan 1990-talet har förbundet publicerat s.k. Reuma-ABC-böcker med medicinsk information om olika reumatiska sjukdomar. Årligen anordnas en reumavecka, det mest synliga evenemanget bland förbundets aktiviteter. Förbundet har engagerat sig kraftigt i det riksomfattande arbetet för sällsynta reumatiska sjukdomar.

Akademiska reumatologiska centra

Reumatologin som akademisk specialitet led länge av bristen på professurer i ämnet. Den reumatologiska forskningen och reumatologin som klinisk specialitet hade visserligen kunnat utvecklas vid Reumastiftelsens sjukhus i Heinola och vid universiteten tack vare det intresse som några professorer i internmedicin visade för reumatologin. Först år 1979 tillsattes den första professorn i reumatologi, vid Tammerfors universitet. Sedermera har professuren i Tammerfors dragits in men professurer på visstid har under 2000-talet tack vare donationsmedel kunnat upprätthållas i Helsingfors, Åbo och Kuopio. Den ekonomiska nedgången har försvårat utvecklingsmöjligheterna för den akademiska reu-

matologin i Finland. För närvarande är det bara professuren i Åbo som är besatt men också för den är framtiden oviss. När det gäller professuren i Helsingfors är avsikten att den under år 2014 skulle fogas som en 35-procentig universitetsanställning till en avdelningsöverläkartjänst vid universitetssjukhuset. Det finns skäl att hysa oro för den akademiska reumatologins framtid i Finland.

Trots god tillströmning av unga kolleger till området kan bristen på akademiska centra i förening med osäkra karriärstegar inverka menligt på forskningens möjligheter och på rekryteringen av forskare inom klinisk reumatologi.

Reumatologisk forskning

Den reumatologiska forskning som idag bedrivs i Finland vilar på den tradition som några pionjärer lagt grunden till. Forskning utförs framför allt vid universitetscentralsjukhusen i Helsingfors, Åbo, Uleåborg, Tammerfors och Kuopio och vid centralsjukhuset i Jyväskylä, men reumatologer vid många andra sjukhus är också engagerade i olika riksomfattande forskningsprojekt. Några huvudlinjer kan skönjas. Den epidemiologiska forskningen med rötter i 1930-talet har följts av fältstudier och studier baserade på offentliga register och tvillingregister. En klassisk avhandling om förekomsten av reaktiv artrit hos soldater, som vid fronten 1944 hade insjuknat i dysenteri, lade grunden till den framgångsrika forskning i reaktiv artrit som har fortsatt till våra dagar. Det var i Finland som sjukdomsbegreppet reaktiv artrit år 1969 myntades. Senare finländsk forskning har visat att bakterie-DNA med förfinad teknik går att påvisa i leden vid reaktiv artrit.

Behandlingen av reumatoid artrit har länge varit ett tyngdpunktsområde för den reumatologiska forskningen i Finland. Tidiga arbeten befäste guldets effekt på den reumatiska leden och idén om betydelsen av intensiv behandling av nyupptäckt

reumatoid artrit lanserades av finländska forskare redan på 1970-talet. Stor internationell uppmärksamhet väckte den forskarinitierade FIN-RACo-studien (1999) som visade att kombinationsbehandling med antireumatiska läkemedel är klart mera effektiv än monoterapi vid tidig reumatoid artrit.

Studien har följts av Neo-RACo där synnerligen goda behandlingsresultat har uppnåtts med kombinationsbehandling med eller utan TNF-hämmare. Till båda studierna har de flesta reumatologiska centra i Finland bidragit, vilket har haft stor betydelse för riksomfattande konsensus om valet av läkemedel vid nyupptäckt reumatoid artrit. I RACo-forskningens kölvatten har följt ett flertal värdefulla undersökningar där man har påvisat den nationalekonomiska betydelsen av tidigt insatt intensiv behandling för att undvika invaliditet och sjukpensionering. I den nyligen startade likaså forskarinitierade internordiska studien NORDSTAR deltar Finland som en aktiv part. Register över användare av biologiska mediciner lämnar kontinuerligt värdefull information, som används i forskningssyfte. Den genom tiderna troligen mest citerade finländska reumatologiska publikationen behandlar ett radiologiskt klassificeringssystem av ledförändringarna vid reumatoid artrit. Klassifikationen har legat till grund för studier av effekten av många antireumatiska läkemedel inklusive de moderna biologiska medicinerna. I ett annat tidigt och flitigt citerat arbete beskrevs för första gången en ökad incidens av cancer vid reumatoid artrit. En linje som fortgått till våra dagar har varit amyloidosforskningen, både på grundforskningsnivå och på klinisk nivå. Förekomsten av reaktiv AA-amyloidos var länge exceptionellt hög i Finland men har nu liksom i övriga länder minskat tack vare effektiverad anti-reumatisk behandling. Det nära samarbetet mellan grundforskning och klinisk reumatologi har gett

många resultat av bestående värde. Upptäckterna att reumatoid faktor och antinukleära antikroppar föregår utveckling av kliniskt manifest reumatoid artrit respektive systemisk lupus erythematosus har haft en stor betydelse för förståelsen av relationen mellan autoimmunitet och reumatisk sjukdom. Inom kollagen- och glukosaminoglykankemins område har finländska forskare nått internationell ryktbarhet. Forskare i grundläggande immunologiska och inflammatoriska mekanismer såsom lymfocyt- och neutrofilfunktion har lämnat värdefulla bidrag till den kliniska reumatologin. Det nära samarbete mellan reumatologer och ortopedier som i tiden spirade i Heinola har i våra dagar följts av framgångsrik och internationellt betydelsefull forskning i ledimplantat och biomaterial samt i mekanismerna vid degenerativa och regenerativa biologiska processer i vävnaderna.

Reumatologi på Island

Gerdur Gröndal

Historik

Även om reumatologi på Island i stort sett har följt samma utveckling som i de andra nordiska länderna så har man genom tiderna utnyttjat landets speciella landskap med varma källor för lindring av olika sjukdomar, såsom reumatism.

Året 1782 publicerades en ganska värdefull bok av en isländsk läkare, Jón Pétursson (1733–1801), där han beskriver några reumatiska sjukdomar, speciellt ledgångsreumatism. Han verkar själv ha lidit av denna sjukdom och beskriver att den är mer vanlig och sämre hos kvinnor jämfört med män. Han rekommenderar redan då att reumatiska patienter ska röra på sig, passa på digestionen och bada i varma källor.

I sagorna finns det inte mycket om reumatism men forskare tror sig kunna se att Egill Skallagrímsson (910–990) led av Paget's sjukdom och Snorri Sturluson (1179–1241) av gikt.

Reumatologi som specialitet

Specialiteten reumatologi börjar utvecklas under ledning av professor Jón Þorsteinsson, som blev den första överläkaren på reumatologisk avdelning på Landspítali, det nationella universitetssjukhuset, år 1969. Några år senare tillkommer ytterligare två specialister, men båda jobbade med reumatpatienter och rehabilitering. Under samma tid växte den reumatologiska avdelning på Landspítali och så småningom utbildades där flera reumatologer. I dag finns där reumatologisk avdelning inom medicinkliniken, reumatologisk dagvård



och mottagning på Landspítali. Dessutom finns det reumatologer verksamma på länssjukhus på Västra och Norra Island. Slutligen finns det aktiva mottagningar på några privatkliniker.

Antal läkare och specialistutbildning

Antal specialister i arbete är 13 (3 kvinnor och 10 män) varav 4 jobbar heltid på universitetssjukhuset, 2 jobbar deltid på universitetssjukhus och deltid privat, 5 är heltid privatpraktiserande, 2 jobbar på länssjukhus och en driver en fibromyalgiklinik privat. Reumatologer på sjukhus arbetar som både internmedicinare och reumatologer.

På Islands universitet finns en läkarlinje på sex år. Därefter är det obligatoriskt att arbeta som underläkare i ett år för att bli legitimerad läkare. I vissa specialiteter finns det specialistutbildning på Island såsom allmänmedicin, psykiatri och gynekologi. Där finns även utbildning för internmedicin på tre år. Efter detta söker läkare utomlands för utbildning inom subspecialiteter.

Isländska reumatologer är utbildade i Norden, Storbritannien och USA, i allmänhet på erkända universitetssjukhus. Detta ger en ökad styrka och variation som är väldigt viktig för en sådan liten grupp specialister.

De senaste åren har rekryteringen gått bra och ett stort intresse har funnits för specialiteten. I dag finns sju läkare under specialistutbildning eller har nyligen blivit specialister, i Stockholm, Lund, Göteborg och Oslo. Tre jobbar sedan några år tillbaka utomlands, en är överläkare i Oslo och två i USA.

Vidareutbildning av specialister

Vidareutbildning arrangeras på ett icke organiserat men ändå aktivt sätt. Isländska reumatologer söker internationella möten och kurser, både med stöd av universitetssjukhuset och i samarbete med läkemedelsföretag. Den isländska reumatologföreningen arrangerar en del föreläsningar, se nedan. Vi ser det även som vår plikt och vårt nöje att utbilda allmänläkare i reumatologi och arrangerar seminarier för andra specialiteter, unga läkare etc. på den årliga isländska läkarstämman.

Patienturval

De flesta isländska reumatologerna är inriktade på att diagnostisera och behandla inflammatoriska reumatiska sjukdomar, men privatpraktiserande reumatologer tar även hand om många patienter med artros och så kallade medicinska ortopediska tillstånd. I dag finns det tyvärr för långa väntelistor för första besök hos reumatolog på Island.

Isländsk hälsovård har gått igenom stora nedskärningar efter bankkrisen 2008, men trots detta så har isländska reumatpatienter haft samma tillgång till de nya biologiska mediciner som patienter i övriga nordiska länder. Omkring 670 patienter behandlas för närvarande med biologiska mediciner, 50 % med reumatoid artrit, 20 % med

spondartrit, 20 % med psoriasis artrit och resten med andra systemsjukdomar som vaskuliter, reaktiv artrit etc. Sedan några år tillbaka finns det ett omfattande nationellt register där alla patienter på biologiska mediciner följs regelbundet. Registret kallas för ICEBIO och använder samma plattform som det danska DANBIO.

Isländsk Reumatologisk Förening

Föreningen har varit verksam sedan 1976. Styrelsen anordnar regelbundna möten, åtminstone två per termin, med inbjudna föreläsare, både isländska och internationella. Dessutom finns det möten där administrativa frågor diskuteras. Föreningen har sin egen hemsida www.fig.is.

År 2012 publicerade föreningen en bok om inflammatoriska ledsjukdomar och modern diagnostik och behandling med målgruppen andra specialiteter och hälsosjukvårdspersonal. Föreningen anordnar även symposier på den isländska medicinska riksstämman i januari varje år. I år startar ett samnordiskt forskningsprojekt, NORDSTAR, där föreningen har sina representanter i styrelsegruppen. Föreningen planerar ett gemensamt projekt för tidig artrit på Island.

Dessutom finns ett nära samarbete med föreningen för reumatpatienter och reumasjukköterskor på Island.

Forskning

Mer än hälften av de isländska reumatologerna är disputerade, tre är professorer och två är docenter. På Island finns en aktiv forskning, ofta med internationellt samarbete, såväl inriktad på basala sjukdomsmekanismer som klinik. Inom Landspitali finns det "Center for rheumatology research", dessutom samarbetar reumatologer med Decode genetics och Icelandic Heart Association. Exempel på grundläggande forskningsområden är epidemiologi och genetik vid SLE, RA, psoriasis artrit,

Bechterew's sjukdom och artros; epidemiologi vid temporalis arterit; komplement m.m. vid SLE; röntgenförändringar och genetik vid RA; rökning vid RA.

Klinisk forskning bedrivs med hjälp av ICEBIO-databasen, ibland i samarbete med DANBIO. Island deltar i den nordiska NORDSTAR-studien och isländska reumatologer är också verksamma i olika forskningsgrupper, såsom i SLICC och BIOLUPUS för forskning av SLE, biomarkörer och outcome measures vid vaskuliter, The Nordic psoriatic arthritis mutilans study och GRAPPA. Nyligen har ett fibromyalgicenter startas och det pågår forskning av både orsaker och behandling av fibromyalgi.

Framtiden för isländsk reumatologi

- Bibehålla och utveckla reumatologi som en egen specialitet ev. utanför internmedicin.
- Förstärka forskning både inom Island och med samarbete internationellt.
- Se till att isländska patienter får bästa möjliga behandling med läkemedel enligt kliniska riktlinjer i Norden.
- Förstärka och utveckla vårt register ICEBIO med målet att förbättra behandlingen.
- Samarbeta mer med primärvården vad gäller vissa tillstånd så att tillgänglighet till reumatologer förbättras för svårare sjukdomar.
- Se till att det finns aktiv vidareutbildning av specialister samt att föreläsa regelbundet för andra discipliner.
- Vara en attraktiv specialitet för unga läkare och se till att rekryteringen fortsätter som den har varit under den senaste tiden.

Revmatologi i Norge

Erik Rødevand

Historisk tilbakeblikk

Norsk revmatologisk forening ble stiftet den 23. januar 1937 som «Den norske forening mot reumatisme». Revmatologi ble egen spesialitet i 1939, men uten spesifiserte krav til faglig innhold. Godkjenning ble avgjort i hver enkelt søknad av en sakkyndig komite. I dag er foreningen en såkalt fagmedisinsk forening i Den norsk Legeforening. Foreningen har i dag 252 medlemmer. Det er omtrent 100 stillinger for revmatologer i sykehus og ca. 60 stillinger for leger i utdanning (LIS-leger). Flertallet av medlemmene er kvinner da majoriteten av legene i utdanning er kvinner. Foreningen var 75 år i 2012. Jubileet ble feiret i Tromsø i forbindelse med det årlige faglige julekurset. Revmatologi har i alle år vært en egen spesialitet. Selv om det har vært enkelte diskusjoner om den burde bli en spesialitet under indremedisinen, er det i dag ingen diskusjon eller planer om endringer i fagets status som egen spesialitet

Avdelingsstruktur

Det er 18 revmatologiske sykehusavdelinger i Norge. Det er avdelinger i hvert regionale helseforetak som tilsvarer de geografiske regionene Sør-, Øst-, Vest-, Midt-, og Nord-Norge. De fleste avdelingene er egne enheter i generelle sykehus, men noen også i generelle ikke kommersielle private sykehus. Fire avdelinger er selvstendige ikke kommersielle private sykehus. Historisk har spesielt Norske Kvinners Sanitetsforening bygget og stått for drift av flere revmatologiske sykehus rundt om i Norge. Det finnes også et mindre antall praktiserende

spesialister («privatpraksis») som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. Disse holder i hovedsak til i største byene som Oslo og Bergen, men også i mellomstore byer som Kristiansand.

Det er revmatologiske avdelinger ved alle 4 universitetssykehus, mens avdelingen ved det private ikke kommersielle Diakonhjemmet sykehus i Oslo også har status som universitetsavdeling. I Oslo er det gjennomført en faglig funksjonsfordeling slik at Diakonhjemmet sykehus har ansvaret for artrittsykdommene mens Oslo universitetssykehus-Rikshospitalet har ansvaret systemsykdommene.

Ved de øvrige avdelingene blir samtlige revmatologiske diagnoser behandlet i samme avdeling. Ingen avdeling har noen formell landsfunksjoner selv om de fleste med barnerevmatiske sykdommer tradisjonelt behandles ved Oslo Universitetssykehus.

Forskning og fagutvikling

Ved alle universitetsavdelinger og ved flere andre avdelinger drives det forskning. Særlig stor er forskningsaktiviteten ved Diakonhjemmet sykehus som har status som Euler Center of Excellence. Forskningsaktiviteten er i hovedsak knyttet til epidemiologiske og kliniske problemstillinger, men også registerforskning, bildediagnostikk, kardiovaskulære forhold og immunologisk forskning. De siste 10 årene har det vært en økning i antall PhD grader både ved universitetssykehusene, men også ved mange av avdelingene utenfor universitetssykehusene. Utviklingen har ført til en økende, ønsket og etterlengtet akademisering av mange avdelinger.

Spesialistutdanningen

I Norge tar det 6 år å bli spesialist i revmatologi, men myndighetene har fremmet forslag om å forkorte utdanningen til 5 år. I tillegg til 3 eller 4 år med revmatologisk tjeneste, er det krav om 2 års tjeneste i indremedisin. Ett år med revmatologi kan erstattes av forskning eller tjeneste i et valgfritt fag (sideutdanning). 18 måneder må avtjenes ved såkalt gruppe I avdeling, vanligvis universitetsavdeling, men også enkelte avdelinger ved generelle sykehus har den nødvendige gruppe 1 statusen. Revmatologi er også et fag som andre spesialiteter kan velge for en kortere periode som del av sin utdanning. Det er i tillegg krav til gjennomføring av kurs. Seks er obligatoriske (artrittsykdommer hos barn og artrittsykdommer hos voksne, systemsykdommer, immunologi, administrasjon og ledelse og bildediagnostikk), mens andre har status som nødvendige, noe som betyr at en kan velge tema selv blant en rekke forhåndsgodkjente kurs. Til sammen må antallet kurstimer utgjøre 140 timer i utdanningsperioden.

Revmatologi er blitt en attraktiv spesialitet. Til hver utdanningsstilling er det i dag ofte mange søkere og ingen utdanningsstilling er ubesatt. Det var i en lang periode frykt for at Norge ville få for få revmatologer. Det synes ikke å være tilfelle. Derimot har det vært et problem å få opprettet flere spesialiststillinger (hjemler). Norsk revmatologisk forening har samarbeidet mye sammen med Norsk revmatikerforbund (pasientforeningen) for å rette opp dette forholdet, slik at en minimumsnorm på én spesialist pr. 40 000 innbygger kan innfris.

Etterutdanningen av revmatologer

Det er svært varierende praksis og muligheter for etterutdanning av revmatologer ved de ulike sykehus og avdelingene. Arbeidsavtaler inneholder ofte vage bestemmelser om at 2 uker av arbeidstiden bør avsettes til etterutdanning, det vil i hovedsak

si kurs og kongresser. Likevel er praksis uensartet i forhold til regler for permisjon og finansiering. Mange steder foreligger det ingen avtalefestet ordning for etterutdanning og ønsket om etterutdanning skjer ofte på spesialistens eget initiativ og i fritiden. Bortfallet av økonomisk støtte fra industrien har ført til betydelig redusert mulighet til deltakelse ved de store internasjonale kongressene. Norsk revmatologisk forening støtter imidlertid denne utviklingen fordi det i prinsippet bør være arbeidsgiver og fagmiljøene som finansierer etterutdanningen, ikke industrien.

Det foregår et arbeid i Den norske legeförening og hos myndighetene for å innføre obligatorisk etterutdanning for spesialister. Dette vil legge mer ansvar på arbeidsgiver i forhold til å tilrettelegge for og bidra økonomisk til etterutdanningsaktiviteter. Spesialistene vil i større grad ha krav på permisjon og økonomisk støtte. Når en slik ordning blir vedtatt og etablert er usikkert, men myndighetene lover at faget selv skal få stor innflytelse på innholdet i etterutdanningen.

Faglige og fagpolitiske trender

Revmatologien i Norge diagnostiserer og behandler i hovedsak pasienter med inflammatoriske revmatiske sykdommer med immunmodulerende legemidler. Det er med flere behandlingsmuligheter også økende interesse for artrose og osteoporose. Kardiovaskulære sider ved revmatisk sykdom har fått større oppmerksomhet, men selve behandlingen og forebyggingen av disse sykdommene er allmennlegenes oppgave og ansvar. Rehabilitering har i noen avdelinger stor plass, spesielt i noen ikke-kommersielle private sykehus. Interessen for og kunnskapen om de systemiske bindevevssykdommene er økende. Det samme gjelder interessen for ledsagende sykdommer som rammer CNS, hjerte/kar og nyrer. Bildediagnostikk, spesielt ultralyddiagnostikk er innført ved alle avdelinger og har stor utbredelse.

Interessen for på en standardisert måte å registrere utkommemål for å evaluere behandlingseffekter ved artrittsykdommer (Treat to Target) har vært raskt økende de siste årene og etablert praksis ved mange avdelinger. Omfattende bruk av biologiske medikamenter, har framskyndet nødvendigheten av denne type pasientoppfølging.

Behovet for og bruk av revmakirurgi er kraftig redusert. Ved enkelte avdelinger er det ingen slik virksomhet, men blitt en del av ortopedien. Aktiviteten er preget av protesekirurgi.

Avdelingene reduserer jevnlig antall senger da mye av pasientbehandlingen er polikliniske kontakter. Behovet for tradisjonell opptrening og rehabilitering har også avtatt og tilbudet har blitt tilsvarende redusert. I 1981 ble det beregnet et behov for 30 senger pr. 100 000 innbyggere, mens det i dag er enkelte sykehus med bare 1–2 senger pr 100 000 innbyggere.

Utvikling og tilgang på digitalt arbeidsverktøy har gjort klinisk registreringsarbeid mer effektivt og skaffet en mulighet for å følge behandlingspraksis i egen avdeling og i fremtiden også mellom avdelinger og regioner. Sammenligninger (benchmarking) er lite brukt, men etter hvert ønsket av myndighetene.

Etter langvarig og grundig arbeid av Norsk revmatologisk forening ble i 2013 et nasjonalt kvalitetsregister for artrittsykdommer (NOR-ARTRITT) etablert og godkjent av myndighetene. Registeret vil være operativt i løpet av 2014. Fagmiljøet har store ambisjoner om å utvikle registeret til å fremskaffe nasjonale kvalitetsdata i behandlingen av artrittsykdommene.

Styret

Styret i Norsk revmatologisk forening består av 8 personer, 5 kvinner og 3 menn. Styret velges for 2 år, leder kan gjenvelges en gang, men det er ingen begrensinger for de andre. Faglige underutvalg er

fagrådet, klassifikasjons- og DRG utvalget og en tverrfaglig gruppe som arbeider med legemiddelinformasjon. Det er ingen egne diagnosespesifikke utvalg.

Hovedaktiviteten er etterutdanningsog kursaktiviteten med to årlige kurs over 2 dager. Fra 2014 forslås en endring med et årlig kurs som varer 3 dager. Kursets innhold forslås også modernisert. En del skal gjøres mer relevant for leger under utdanning, forskning og fagutvikling skal få større plass, registerrelevante temaer skal ha et årlig avsnitt, nyheter skal fremheves i en egen sesjon i tillegg til tradisjonelle og aktuelle kurstema.

Styret håper at endringene skal heve statusen og kvaliteten på kursene. Foreningen starter også i år en egen kursvirksomhet for å heve kvaliteten og systematisere utdanningen i ultralyddiagnostikk ved å arrangere et kurs på høyt internasjonalt nivå i sonoanatomi.

Fremtiden

Styret arbeider etter en årsmøtegodkjent strategiplan. Flere saker er realisert, ikke minst etableringen av et nasjonalt kvalitetsregister for artrittsykdommer. De viktigste sakene de kommende år vil trolig være:

- Arbeide for en spesialist- og etterutdanning med høyt faglig innhold som medlemmene vil finne attraktiv.
- Samarbeide med myndighetene om at varslede endringer i spesialistutdanningen gjør revmatologi til en attraktiv spesialitet for kommende leger.
- Utvikle det nye nasjonale kvalitetsregisteret i arbeidet med å forbedre pasientbehandlingen.
- Utvikle et sterkere nordisk og internasjonalt samarbeid.

Reumatologin i Sverige

Tomas Bremell

Egen basspecialitet – ej grenspecialitet till internmedicin!

Reumatologi blev en sektion (såsom Svensk Reumatologisk Förening – SRF) av Svenska Läkarsällskapet redan 1946 – som specialitet nr 15 (!) – samt egen specialitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter sedan 1969. Under specialitetsutredningen 2002-2005 som totalt sett innebar en kraftig minskning i antalet specialiteter och indelning i basspecialiteter med underordnade grenspecialiteter och tilläggsspecialiteter fick reumatologin efter långvarig strid (och tvärtemot det inledande förslaget) erkännande som basspecialitet. Detta bekräftades också i den senaste specialitetsförordningen från 2013. En enskild basspecialitet har en mer målinriktad och fokuserad utbildning, möjliggör en skarpare klinisk reumatologkompetens och stärker även möjligheterna till forskning inom det dynamiska fält som är vårt.

Utveckling

På universitetssjukhusen har reumatologi funnits sedan 1930-talet initialt i Lund och Karolinska sjukhuset i Stockholm – med egna kliniker sedan 1950-talet. Därefter har – under 1960-70-talet – skett en spridning till övriga universitetsorter såsom Uppsala, Göteborg, Umeå och Linköping. Etablering på länssjukhus kom igång på 1970-talet med små egna enheter (sektioner) – oftast inom medicinkliniken – sedan 1980-talet. Reumatologi finns även på ett 10-tal mindre länsdelssjukhus som del av medicinklinik ofta med 1-2 reumatologspecialister ibland inom ramen för en länsklirik

med centrum på det större länssjukhuset. Exempel på detta är Gävleborg med en större enhet i Gävle och mindre enheter i Bollnäs och Hudiksvall. Den medicinska utvecklingen under de senaste 30-40 åren har gått från rehabilitering till immunomodulation dvs. följt framkanten i kunskapsutvecklingen inom området.

Antal läkare

Antal specialister i arbete är 260 varav 20 är privatpraktiserande. Vi har under de senaste åren noterat en ökning av antalet specialister i offentlig tjänst medan privatpraktikernas antal har stagnerat. Antalet ST-läkare (underläkare i utbildning till reumatolog) är 84. Totalt har 190 nya specialister utbildats under 2000-talet. Vi har nu 7 universitetskliniker, 18 länskliniker och verksamhet på ett drygt 10-tal mindre länsdelsenheter, dvs på totalt 35-40 enheter. Privatpraktikerna är huvudsakligen koncentrerade till Stockholm och i viss mån i Malmö-Lund.

Patienturval

Reumatologin i Sverige är inriktad på att diagnostisera och behandla inflammatoriska reumatiska sjukdomar såsom artrit, systemsjukdomar och primära vaskuliter. Antalet patienter med immunomodulerande medicinering ökar stadigt med methotrexat som vanlig basmedicinering och med biologiska riktade immunomodulatorer som vanligt tillägg. En vanlig patientfördelning på en reumatologklinik är 50 % reumatoid artrit, 25-30 % andra artrit (fr.a. spondartrit) och 20-25 %

systemsjukdomar. Socialstyrelsens nya riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar (inkl RA, AS, PsA) med mer aktiv behandling talar för en ökad inströmning av spondartritpatienter till reumatologerna.

Utbildning till specialist

Reumatologi är således en enskild basspecialitet vilket innebär en 5-årig utbildning till specialist (ST-tjänst) enligt en målbeskrivning. Detta innebär – efter läkarlegitimation (läkarexamen 5,5 år + AT-tjänstgöring 1,5 år) – ofta tre års reumatologi, ett år allmän internmedicin inkl. akutmedicin samt ett år annan sidoutbildning (hud, infektion, neurologi, hematologi, gastroenterologi, lungmedicin etc) som väljes av ST-läkaren i samråd med sin handledare och sin verksamhetschef. När jag själv utbildade mig runt 1980 ingick rehabilitering eller ortopedi men detta är mindre aktuellt idag. Om utbildning sker på länsklinik rekommenderas 6-12 månaders tjänstgöring på universitetskliniken.

Det finns ett stort intresse för specialiteten men ekonomin lägger större hinder för rekrytering till universitetskliniken än till länskliniken och vi har under den senaste 5-årsperioden sett en klart starkare ökning av reumatologer på länssjukhusen än på universitetssjukhusen. Vi har ett stort inflöde av läkare med grundläggande läkarutbildning utomlands. Av de 84 ST-läkarna är nästan 20 greker, många från Island, östeuropa och mellanöstern. Detta medför en stor internationell mångfald i läkarkåren. Exempel från Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg: Läkarestaben innehåller medarbetare från Iran, Irak, Grekland, Kroatien, Schweiz, Estland, Litauen, Ryssland, Polen, Tyskland, Island och Kina dvs totalt 13 nationaliteter inklusive den svenska. På universitetsorterna sker inte sällan rekrytering av utländska läkare efter att de fullbordat sin doktorsexamen hos oss.

Specialistutbildningskurser, vanligen ca 6 vecko-

långa kurser, ges under utbildningstiden i ämnen såsom artritssjukdomar, systemsjukdomar, farmakoterapi vid reumatisk sjukdom, organmanifestationer vid reumatisk sjukdom, reuma-immunologi m.m. Kurserna ges ibland i samarbete med läkemedelsföretag. Handledare och verksamhetschefen godkänner att utbildningsmålen är uppfyllda.

Sedan år 2004 har vi ett fungerande system av regionala ST-studierektorer (utsedda av SRF efter förslag från resp. sjukvårdsregion) i de sex sjukvårdsregionerna vilket bidrar till regelbunden och strukturerad utbildning och bättre sammanhållning och gemenskap inom underläkarkåren. Ett årligt 2-dagars Riks-ST-möte arrangeras med ett 40-tal deltagare varje gång. SRF har arbetat långsiktigt med att göra förutsättningarna för specialistutbildning så goda som möjligt.

Vidareutbildning av specialister

Vidareutbildning av specialister arrangeras av SRF i allmänhet i samarbete med läkemedelsföretag. 3-4 olika 2-dagars kurser erbjuds varje år. Vi försöker ha 2-3 tillfällen/kurs med 20-30 deltagare. Aktuella kurser: Ultraljud, bild-och funktionsmedicin för reumatologer, spondartriter, immunologi m.m. Kurserna är ej obligatoriska men mycket populära för att utveckla läkarnas kunskaper men även kontaktytor inom reumatologin.

Möten

Under alla år har den av Svenska Läkaresällskapet anordnade Medicinska Riksstämman i slutet av november varit central för reumatologin. Utvecklingen inom andra specialiteter med en allt sjunkande besöksfrekvens har medfört att de specialitetsspecifika frågorna och forskningen inte kommer att tas upp här utan i.o.m. 2013 års Riksstämman kommer den mer att ha prägel av allmänt sjukvårdsmöte. Detta har inneburit att SRF kommer att ordna särskilda Reumatologveckor fr.o.m.

2014 med abstract-session, symposier, inbjudna föreläsare m.m. Därutöver finns sedan 2004 ett mer administrativt ledningsmöte i form av Höstkonferensen. Ny aktuell spetskompetens presenteras på Cutting Edge-symposiet i Lund. Ett årligt Register- och Riktlinjemöte bidrar till att förbättra registerverksamheten och innebär ett unikt sätt att årligen uppdatera nationella riktlinjer för RA, AS, PsA, rehabilitering, bekämpande av kardiovaskulära riksfaktorer m.m.

Forskning

I Sverige finns en omfattande reumatologisk forskning ofta med internationellt samarbete – såväl inriktad på basala sjukdomsmekanismer som en mer klinisk tillämpad forskning. Exempel på forskningsområden är grundläggande och klinisk forskning rörande ben och inflammation, forskning epidemiologiskt och rörande komplement och cytokiner (fr.a. interferon) vid SLE, kardiovaskulära riskfaktorer, bio-markörer vid reumatisk sjukdom (såsom anti-CCP, survivin, brosknedbrytningsprodukter, CRP m.m.), genetik och miljöfaktorer (fr.a. rökning) vid reumatisk sjukdom mm. Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm och Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg har status som EULAR Centre of Excellence.

Klinisk forskning bedrivs allt mer inom ramen för register vilket underlättar för läkare utanför universitetssjukhusen att forska. Här skymtar man en begynnande akademisering av de större länsjukhusen där kombinationen av stöttning från de mindre landstingen med kombinationstjänster och där register bidrar till större patientmaterial än det enskilda sjukhuset kan uppbringa. Den pågående revolutionen vad gäller digitalisering gör det möjligt att arbeta längre ifrån universitetsorten. Utlokalisering av delar av den grundläggande läkarutbildningen förstärker denna tendens

SRF

Styrelsen driver ett omfattande arbete med hjälp av många arbets- och studiegrupper. Antalet medlemmar är drygt 500 med ca 420 ordinarie ledamöter och ett 90-tal associerade (ej läkare). Kommunikation med medlemmarna sker förutom via fysiska möten såsom Reuma-dagar, Riksstämman och Register- och Riktlinjedagar, även genom Reuma-Bulletinen som utkommer med 7 nummer per år och genom hemsidan (www.svenskreumatologi.se). Dessutom ingår kontinuerligt ett nära samarbete med patientföreningen Reumatikerförbundet och de senaste åren även deltagande under Almedalsveckan i Visby med politiska debatter och möten med makthavare.

Viktiga frågor idag och framåt:

- Bibehålla och utveckla reumatologi som en egen specialitet
- Vara attraktiv för unga läkare med specialistutbildning som är spännande och som ger en god gemenskap
- Utveckla kompetensen i en allt vitalare specialitet i mycket snabb utveckling
- Stärka samarbeten inom forskning och öka samarbete basal och klinisk forskning

Specialitetsstriden 2002-2005 – därför vann vi!

Tomas Bremell

För drygt 10 år sedan utkämpade SRF en intensiv strid för att reumatologi skulle klassas som basspecialitet. Striden blev framgångsrik och slutade 20 december 2005 med att reumatologi erkändes som enskild basspecialitet, dvs var en fristående specialitet och inte någon grenspecialitet till invärtes medicin, vilket var utredningens ursprungliga förslag. Hur kunde striden uppstå och varför vann vi? Vilka var våra allierade och vilka var våra motståndare? Och varför var striden så viktig?

Bakgrund

Med start under våren 2002 drog Socialstyrelsen (på direktiv från Socialdepartementet) igång en utredning avseende den medicinska specialitetsindelningen med Gudmar Lundquist som ansvarig utredare. 15 år tidigare hade en liknande utredning inte medfört några ändringar i specialitetsstrukturen. I direktiven från Socialdepartementet framgick att utredningen skulle se över specialitetsstrukturen och därvid utgå från I) patientperspektivet, II) beakta de förändringar som skett i sjukvården, III) beakta den medicinska utvecklingen, IV) göra en internationell jämförelse.

Utredarna tolkade direktiven som att översynen skulle skapa en specialiststruktur som utgick från en ökad gemensam kunskapsbas vilket ledde fram till en struktur innehållande olika nivåer – basspecialitet, grenspecialitet, tilläggspecialitet. Man ville drastiskt minska på antalet specialiteter. I den ursprungliga skissen var t.ex. även Infektion



Tomas Bremell



Lena Öhrsvik

en grenspecialitet till invärtesmedicin. Infektion lyckades emellertid slingra sig ur det förslaget redan sommaren 2002 men det lyckades inte för reumatologi.

Bakgrunden till utredarnas inställning var svårigheten att bemanna akutintagen och önskemålen att den multisyuka äldre patienten skulle kunna skötas av en läkare. Drivande förespråkare för denna tolkning av utredningsuppdraget var Svenska Läkaresällskapets (SLS) representant i utredningen Thomas Ihre (kirurg från Stockholm) och representanten för Socialstyrelsen Nina Rehnqvist. I utredningsgruppen ingick även Bernhard Grewin från Läkarförbundet (SLF), vilken emellertid snart tog avstånd från hela bas-gren-konceptet. Utredningen kunde inte definiera vad som skulle utmärka en basspecialitet, en grenspecialitet eller en tilläggspecialitet utan förslaget till indelning gjordes utefter godtyckliga bedömningar. Under förevändning av att försöka karakterisera varje

specialitets medicinska innehåll ville utredningen således kraftigt reducera antalet specialiteter. T.ex. föreslogs thoraxkirurgi som basspecialitet men inte urologi. Infektion och onkologi föreslogs som basspecialiteter men inte reumatologi eller geriatrik.

Förlopp

Under hösten 2002 framstod utredningen som ett allt kraftigare hot mot reumatologins utveckling. Vi samlade oss till motattack – initialt genom att skriva debattartiklar i fr.a. Dagens Medicin och Läkartidningen. Det var fortfarande oklart i detta läge om utredningens förslag skulle ut på remiss överhuvudtaget eller beslutas direkt av Socialdepartementet. I Finland – några år tidigare – hade en ny specialitetsindelning beslutats direkt av departementet utan remissförfarande.

Reumatologin – såväl företrädare från universitetssjukhus och akademi som länssjukvårdsföreträdare och patientföreträdare – lade beslag på ett betydande debattutrymme i fr.a. Dagens Medicin. Nästan varje nummer innehöll antingen inlagor från reumatologin eller svar från företrädare för utredningen. Den medicinska allmänheten hade nu uppfattat att här förelåg en verklig stridsfråga. Samtidigt började andra specialiteter också strida t.ex. urologi, plastikkirurgi, handkirurgi, Typiska titlar på artiklarna var: *”Reumatologin behöver utvecklas – inte avvecklas som specialitet!”*, *”Reumatikerna drabbas hårt om Socialstyrelsens förslag går igenom”*, *”Reumatikervården hotas av Gudmar Lundquists byråkratförslag”*, *”Vill Socialstyrelsen sänka reumatikervården?”*, *”Gudmar Lundquists förslag om ny specialistindelning är bakåtsträvande”*, *”Gudmar Lundquists förslag strider mot utredningsdirektiven”*, *”Specialitetsutredningen saknar verklig konsekvensbeskrivning”*, *”Förslaget om specialitetsindelning hotar kvinnors chanser till klinisk forskning”*, *”Snabb kunskapsutveckling gör det omöjligt att vara ”bred” specialist”*. Bland skribenterna kunde noteras

personer såsom Astrid Schröder, Ido Leden, Hélén Petri, Carl Turesson, Ingrid Lundberg, Solbritt Rantapää-Dahlqvist, Lars Klareskog, Cecilia Carlens, Boel Mörck, Ingemar Petersson, Tore Saxne, Marie Vallgård, Ann Bengtsson, Thomas Skogh, Ralph Nisell, Ola Nived, Gunnar Sturfelt, Andrzej Tarkowski, Hans Carlsten, Johan Bratt, Rolf Dahl, Lennart Jacobsson, Agneta Uddhammar och många, många fler.

Dagens Medicin tog också ställning för reumatologin på ledarplats. Den våldsamma och omfattande debatten medförde att jag erhöll Dagens Medicins nyinstiftade debattpris för 2003.

Lena Öhrsvik, ordförande i Reumatikerförbundet, såg också faran för reumatikervården och agerade publikt men också via sina kontakter i regering och riksdag (Lena hade varit riksdagsledamot i 18 år). Hon medverkade också med flera artiklar och upprop till stöd för reumatologin som egen specialitet. Hennes bidrag till reumatologins försvar var ytterst betydelsefullt. Samverkan mellan läkarorganisation och patientorganisation ger styrka och trovärdighet.

På årsmötet nov 2002 utsågs jag till ordförande i SRF. Vi fortsatte med en grupp som skulle tackla specialitetsfrågan och artikulera SRFs synpunkter. Gruppen bestod förutom av ordföranden i SRF och ST-ansvariga Cecilia Carlens även av Lars Klareskog och Ingemar Petersson.

Den alltmer stegrade debatt-temperaturen och de synliga tecknen på motsättningar gjorde att Socialdepartementet nu äntligen bestämde sig för att ha en remissrunda innan beslut togs. Utredningen lämnade således ett förslag till departementet som gick ut på remiss februari-03. Enligt detta förslag reducerades antalet basspecialiteter från 64 till 28, 23 grenspecialiteter föreslogs samt 2 tilläggspecialiteter. 6 specialiteter föreslogs försvinna. Reumatologi föreslogs vara grenspecialitet till invärtesmedicin.

Reumatikerförbundet samlade in 40 000 namn i protest mot att reumatologi föreslogs bli grenspecialitet och dessa namnlistor överlämnades till Socialstyrelsen när denna skulle redogöra för förslaget till ny specialitetsindelning. Reumatikerförbundets protest fick all uppmärksamhet i medierna – Aktuellt, Rapport, dagspressen m.m. Den nya specialitetsindelningen framstod som ett direkt hot mot reumatikervården.

Remissrunda och påverkan

Våren 2003 blev en intensiv påverkanstid.

Förutom artiklar i medicinsk press utarbetade vi en argumentbank och min dator kunde fungera som sambandscentral med reumatologin i riket. Cecilia Carlens och jag uppvaktade Socialstyrelsen (bl.a. chefen för hälso- och sjukvårdsavdelningen Bo Lindblom) i början av april-03 men mötte kraftigt motstånd. Vi överlämnade samtidigt en revision av målbeskrivningen från tidigt 90- tal för specialistutbildning i reumatologi som

ytterligare accentuerade att vi var en basspecialitet. Statsekreteraren i Socialdepartementet Mikael Sjöberg skulle gästa Reumatikerförbundet i april -03 varför ordföranden Lena Öhrsvik ordnade så att jag kunde vara med och artikulera specialitetens synpunkter under 45 minuter plus lunch. Ett viktigt möte! Ledamöterna i Riksdagens socialutskott fick mail-ledes information om våra synpunkter och jag besökte även Riksdagen för diskussion med enskilda ledamöter.

Remissinstanser under våren 2003 var 6 universitet (Göteborg, Linköping, Karolinska, Umeå, Lund, Uppsala), 8 landsting (Dalarna, Västra Götaland, Uppsala, Jämtland, Norrbotten, Östergötland, Skåne, Stockholm), SACO samt Rättsmedicinalverket, Högskoleverket, Vårdförbundet, SKL, Läkaresällskapet. Läkarförbundet, Kommerskollegium, Föreningen Vårdföretagarna plus några till.

Nu vidtog försök att påverka remissinstanserna med inlagor och uppvaktningar.

En rolig poäng är Jämtlands positiva svar angå-

Tabell 1. Remiss-svar utredning I (inlämnade juni -03)

	Bas/gren-konceptet	Reumatologi som bas
Göteborgs universitet	negativ	positiv
Linköpings universitet	negativ	positiv
Karolinska Institutet	negativ	positiv
Umeå universitet	negativ	positiv
Dalarna	positiv	positiv
V. Götaland	positiv	positiv
Uppsala län	positiv	positiv
Jämtlands län	positiv	positiv
Norrbottens län	(positiv)	positiv
SLF (SACO)	negativ	ingen åsikt
Leg Sjukgymn	ingen åsikt	positiv
Remissvar icke-officiella remissinstanser (urval):		
Reumatikerförbundet	ingen åsikt	positiv
Sveriges Pensionärsförbund	ingen åsikt	positiv
SRF	negativ	positiv

Positiva till Socialstyrelsens förslag

(dvs bas-gren-konceptet och reumatologi som grenspecialitet till invärtesmedicin):

- Rättsmedicinalverket
- Kommerskollegium
- Högskoleverket (*kommentar: egentligen märkligt när majoriteten av universiteterna säger nej*)
- Lunds universitet
- Uppsala universitet
- SKL
- Vårdförbundet
- SLS
- PRO
- Föreningen Vårdföretagarna (*anser dock att förslaget ej känns färdigt*)
- Östergötland
- Region Skåne
- Stockholms läns landsting (*miljöpartiet reserverade sig avs reumatologin*)

ende reumatologin. Jag träffade Torgny Smedby från Östersund på vårmötet i Ystad Saltsjöbad i april 2003 och han frågade hur det gick med specialitetsstriden. Jag frågade då om han inte visste att Jämtland var remissinstans. När han kom hem fick han ett förslag till skrivning att utgå ifrån och samarbetade dessutom med Reumatikerförbundet i länet. Tre veckor efter vårmötet hade Jämtlands läns landsting svarat att de stödde införandet av bas-gren-konceptet men att landstinget ville att reumatologi skulle vara basspecialitet!

Men frågan låg på regeringsnivå – dvs Socialdepartementet och inte riksdagsnivå.

I början av maj -03 sände vi in remissvar till våra läkarorganisationer dvs. SLS och SLF och den 6 juni -03 sändes remissvar in till Socialdepartementet. Vi sände således remissvar till SLS, SLF och Socialdepartementet men även kopia för kännedom till samtliga ledamöter i Riksdagens socialutskott. Det var då oklart om Riksdagen eller Regeringen skulle besluta i ärendet. I juli -03 skrevs en debattartikel i Göteborgs-Posten där ordförande för samtliga politiska kvinnoförbund ihop med Reumatikerförbundets Lena Öhrsvik protesterade mot att reumatologi hotades att bli grenspecialitet.

Andra specialiteters misstag

Misstaget som många andra specialiteter gjorde var att enbart skicka remissvar till SLS. Många specialiteter förstod inte heller att de skulle skriva svar till såväl SLS som SLF eftersom båda två organisationerna var remissinstanser. SLS sände inte vidare specialiteternas remissvar utan begravde dessa i sitt arkiv. SLF däremot sände kopior av specialiteternas svar som bilaga till sitt svar. Det innebar att många synpunkter på utredningen inte nådde fram till departementet. Den största boven i detta drama var ordföranden i SLS Thomas Ihre. Han satt själv i utredningen men skrev trots det ensam SLS re-

missvar till Socialdepartementet. Föga sensationellt var han mycket positiv till utredningen där han själv varit drivande trots att remissvaren in till SLS inte ens gav majoritet för ett bas-gren-koncept. Inga andra uppfattningar redovisades uppåt, dvs SLS framförde en mycket positiv inställning till utredningen, vilket inte motsvarande medlemmars eller sektioners inställning!

Vårt remissvar

Vårt eget remissvar – dvs. varför vi var emot såväl bas-gren-konceptet som reumatologins placering som grenspecialitet till invärtes medicin – fokuserade på följande argument.

Därför är vi emot Specialitetsutredningens (ordf. Gudmar Lundqvist) förslag:

1. *felutbildar specialister*
2. *motverkar forskning och utveckling*
3. *försvarar rekrytering av specialister*
4. *förlänger köer till reumatikervård*
5. *hotar patientsäkerheten*
6. *försvarar kampen mot ohälsan/sjukskrivnings-
arnalförtidspensioneringarna*
7. *strider mot samhällets prioriteringar*
8. *drabbar en av sjukvårdens största grupper*
9. *drabbar fr.a kvinnor*
10. *motverkar EU-anpassning*

Vidare bör nämnas att många reumatologenheter skrev egna remissvar till Socialstyrelsen och till lokala beslutsfattare inom landsting och akademi. Till vårt remissvar som omfattade 5 sidor bifogades 31 bilagor utgörande kopior av debattinlägg i tidningar, lokala skrivelser från olika reuma-enheter såsom Danderyd, Falun, m.fl. och stödskrivelser från andra specialiteter såsom mikrobiologi, dermatologi, ortopedi m.m.

Vi fick, genom hårt påverkansarbete, huvuddelen av remissinstanserna på vår sida. Reumatologin fick stöd från 4 av 6 universitet, 5 av 8 lands-

ting samt SACO. Fyra av universiteten, Göteborg, Linköping, Karolinska och Umeå, var negativa till bas-gren-konceptet överhuvudtaget och negativa till att utredningen inte överhuvudtaget tagit upp effekten på utbildning och forskning. Här gjorde flera av våra ämnesföreträdare betydande insatser för att få till stånd ett avståndstagande från utredningens grundupplägg.

Jag fick även en bild av hur bra förvaltnings-Sverige fungerar när jag före SRFs styrelsemöte kunde gå upp på Socialdepartementet och få läsa alla remissvaren. Direkt från tåget till departementet där remissvaren framtagits för läsning

Ny kompletterande utredning

Socialdepartementet hade nu betydande bekymmer med hur de skulle hantera utredningen. Huvuddelen av universiteten var emot grundidéen om indelning i bas- resp. grenspecialitet och oroade sig för effekter på forskningen, SACO och Läkarförbundet var likaledes emot bas-gren-konceptet och majoriteten tillfrågade landsting hade invändningar mot fr.a. reumatologins placering som grenspecialitet. Förslaget till ny specialitetsindelning hade inte fått det bemötande i remissinstanser som utredarna hoppats på. Efter lång betänketid beslöt Socialdepartementet på våren -04 att tillsätta en kompletterande utredning avseende de effekter som en ny specialitetsindelning kunde ha på utbildning och forskning. Utredare blev inte Gudmar Lundquist utan Lennart Persson, professor i neurokirurgi från Uppsala. Han uppvaktades i början av juni -04 av akademiska företrädare i form av Lars Klareskog, Ingrid Lundberg, Solbritt Rantapää-Dahlqvist, Cecilia Carlens och jag. Solbritt var först tveksam till att komma – hon tyckte att det räckte med oss andra – men det faktum att vi visade att vår hållning stöddes av hela akademiska reumatologin hade säkert betydelse. Några dagar senare besökte Lennart Persson den reuma-

tologiska forskningsenheten på Karolinska. Båda dessa möten hade givetvis stor betydelse.

Till Göteborg bjöd jag in Socialstyrelsen i form av cheferna för hälso- och sjukvårdsenheten resp. behörighetsenheten, Bo Lindblom och Gunilla Hulth-Backlund, för att visa på reumatologi av idag inklusive att representanter för länssjukvården berättade att det är ökat specialkunnande och mer tid som behövs på länssjukhusen och inte ökad bredd och jourtjänstgöring på medicin. Den nya utredningen föreslog fortfarande bas-gren-konceptet men hade som förslag beträffande reumatologin att denna i första hand skulle bli enskild basspecialitet – i andra hand grenspecialitet till såväl invärtesmedicin som till klinisk immunologi.

Lennart Persson skrev i sin motivering beträffande den ändrade placeringen av reumatologin: *”Påtagliga forskningsframgångar inom inflammationsforskningen och immunologin har inneburit att reumatologin distanserat sig från den internmedicinska familjen och blivit en självständig specialitet”.*

Detta utvecklade han även i en artikel i Dagens Medicin: *”Forskningsframgångar med anknytning främst till klinisk och basal immunologi under de senaste decennierna har påtagligt distanserat reumatologin från internmedicinen. Utvecklingen har inneburit att reumatologin förvandlats från en specialitet för rehabilitering av patienter med kronisk ledgångsreumatism till en bred specialitet för inflammatoriska sjukdomar i olika organsystem och att denna utveckling pågår i takt med att nya forskningsrön publiceras inom området. Någon motsvarande eller liknande förändring där klinisk forskning så påtagligt eller så dramatiskt påverkat en specialitets utveckling fann jag inte inom någon annan specialitet”.*

Sammantaget var alltså bara Lunds Universitet – av totalt 12 remissinstanser – helt emot att reumatologi skulle vara enskild basspecialitet. Övriga var i varierande grad positiva till reumatologi.

Det var alltså med mycket positiva förväntningar

som vi väntade på Socialdepartementets beslut vilket kom den 20 december -05. Man genomförde endast några få ändringar jämfört med den första specialitetsutredningen. En av dessa var att reumatologi blev enskild basspecialitet. Jag hade därvid nöjet att bli uppringd av Dagens Medicin för en kommentar.

Varför vann vi?

Det viktigaste var att hela specialiteten insåg faran med att bli grenspecialitet till invärtesmedicin och att vi därvid kunde ha ett enat ansikte utåt. Många andra specialiteter i motsvarande situation hade ett svagare ledarskap och stor spretighet i vad man ville. Den omfattande publikationen av debattartiklar i ämnet i Dagens Medicin, Läkartidningen och dagspress skapade respons. Viktigt också att vi skrev från Ängelholm till Karolinska institutet dvs från länsdelssjukvård till akademi.

Något som skilde reumatologin från andra specialiteter var att vi agerade politiskt och utgående från hur Sverige fungerar, dvs vi påverkade remissinstanser utifrån att förvaltnings-Sverige fungerar. Och det gör det. Dvs remissvaren betyder något. Utredningen var också något dåligt planerad, eftersom man inte visste om frågan skulle ut på remiss eller var den skulle avgöras – departementet? Riksdagen? Socialstyrelsen?

En mycket avgörande bit var det omfattande stöd som Reumatikerförbundet med sin duktiga ordförande Lena Öhrsvik stod för. Hon arbetade med lobbying i riksdag och departement, ordnade så att frågan togs upp när statssekreterare Mikael Sjöberg besökte Reumatikerförbundet och stod för uppvaktningen med 40 000 namnunderskrifter från Reumatikerförbundet när utredningen las fram. Detta bidrog också till att vi hade ett stort politiskt stöd i Riksdagen. Reumatikerförbundet har en lobbygrupp omfattande uppemot 20 riksdagsledamöter. Vi fick även stöd av flera andra specialiteter och professorer. Specialitetsförening-

Tabell 2. Remissvar utredning II (mars -05)

A. Klart positiva till reumatologi som enskild basspecialitet:

- Socialstyrelsen (!)
- Karolinska Institutet
- Uppsala Universitet
- Umeå Universitet
- Göteborgs Universitet

B. Positiva till reumatologi som basspecialitet men poängterar att detta gäller flera (alla) specialiteter:

- Vetenskapsrådet
- SLS (har således helt ändrat åsikt jmf med utredning !)
- SLF

C. Kommenterar överhuvudtaget inte reumatologi (skall tolkas som stöd för utredningens förslag):

- Högskoleverket
- SKL

D. Negativa till reumatologi som basspecialitet:

- Lunds Universitet (7 Lundaprofessorer hade sänt egen reservation till stöd för reumatologi)
- Linköpings Universitet (*tvetydigt svar – om inte klinisk och vetenskaplig utbildning gick att slå samman mellan invärtesmedicin och reumatologi föreslog man i så fall reumatologi som basspecialitet – annars som gren till invärtesmedicin*)

arna för mikrobiologi, ortopedi och dermatologi stödde oss i sina remissvar och professorer såsom Lars Lidgren, Tommy Hansson, Nenne Hansson m.fl. stödde reumatologin i skrift.

Alla möten med personer som påverkade förloppet skall inte underskattas. Vi mötte och samtalade med Thomas Ihre (utan effekt!), samt med Mikael Sjöberg, Bo Lindblom, Gunilla Hulth-Backlund och med Lennart Persson dvs alla nyckelpersoner i utredningen. Jag tror alltid att sådana möten har stor betydelse. I kommande ev. strider är detta något att ta fasta på. Givetvis finns det möten som inte bär frukt, men just den personliga träffen skapar en helt annan resonemangsyta än det anonyma mailet.

Specialitetens utveckling har givetvis den största betydelse. Dvs vår utveckling från rehab till immunomodulation vid forskningens front och med en mycket betydande forskningsverksamhet.



SRFs styrelse 2006 på första styrelsemötet efter segern i specialitetsstriden. Cecilia Carlens ersatt av Ola Börjesson som ST-representant. Fr. v. Ronald van Vollenhoven (vetenskaplig sekreterare), Lars Cöster (kassör), Ola Börjesson (yngre läkare representant), Maria Lidén utbildningsansvarig), Tomas Bremell (ordförande), Solveig Wällberg-Jonsson (vice ordförande, redaktör ReumaBulletinen), Annika Teleman (facklig sekreterare).



Cecilia Carlens,
yngre läkare representant
under specialitetsstriden.

The bad guys

Vilka var då the bad guys? Vilka motarbetade oss? Givetvis utredningens ordförande Gudmar Lundqvist, men efterhand kunde några nyckelmotståndare utkristalliseras. I första hand Thomas Ihre som lyckades med konststycket att sitta i utredningen och driva sin linje om färre specialiteter, och samtidigt skriva remissvar på samma utredning för SLS och ej sända in eller ta minsta hänsyn till specialiteternas remissvar till SLS.

Maktfullkomlighet i dess prydno! Till SLS försvar kan sägas att jag – i efterhand – fick tillgång till alla remissvar som sänts till SLS och att jag senare bjöds in på debatt i frågan. Jag tror att SLS insåg att man gjorde helt fel, vilket också visade sig i remissvaret på den andra utredningen. En ytterligare motståndare fanns i Skåne i form av Stefan Lindgren, som ville få in oss i invärtesmedicin. Såväl Region Skåne som Lunds Universitet svarade därför negativt avseende reumatologin vid bägge remissomgångarna.

Deras utgångspunkt var att öka den gemensamma kunskapsmassan så att alla skulle kunna

gå medicinjour och den multipelt sjuka patienten skulle följas av en läkare. Detta är ju inte möjligt idag i de flesta fall beroende på den medicinska utvecklingen med ökad specialisering. Även inom varje specialitet subspecialiserar vi oss.

Inom reumatologin subspecialiserar vi oss inom t.ex. RA, SpA, vaskulit/systemsjukdomar etc.

Summering

Således, 3-4 års kamp för specialiteten slutade i seger, vilket betytt mycket för reumatologins möjligheter till klinisk verksamhet, forskning, utbildning och rekrytering och även betytt att vår självkänsla och stolthet ytterligare höjts. Vi har visat att även mindre specialiteter kan ta plats. Vår specialitet tar större plats än vår relativa numerär.

I den nya specialitetsförordningen som kommer 2015 har bas-grenkonceptet skrotats och ersatts av gemensam kunskapsbas för t.ex. kirurgiska eller invärtesmedicinska specialiteter. Grenspecialiteter har blivit basspecialiteter igen. Utvecklingen har således visat att vi hade rätt även ur ett mer allmänt perspektiv.

Bemanningsutveckling under 2000-talet

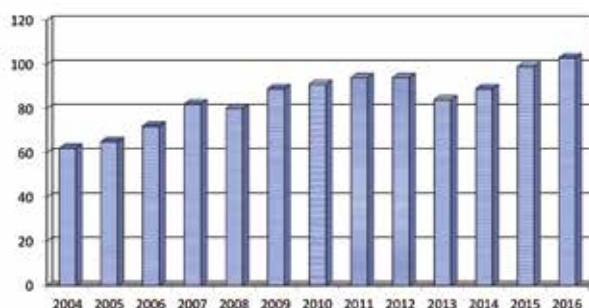
Tomas Bremell

Ökad rekrytering till reumatologin – men antalet specialister behöver fördubblas!

I framtiden kommer vi att ta hand om en allt ökande patientkader med avancerad immunomodulatorisk behandling och ligga långt framme i tillämpning av den nya biologin. De nya SoS Nationella Riklinjerna (NR) avseende reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit som kom under 2012 förstärker behovet ytterligare. Ett ökat engagemang i diagnostik och behandling av gikt kan ytterligare öka behovet av reumatologer.

SRF har – i samarbete med Reumatikerförbundet – gjort bedömningar av behovet av reumatologspecialister sedan mitten av 1990-talet. SRF bedömer i dagsläget behovet av reumatologspecialister – beräknat på hel sjukvårdsregion, dvs såväl regionsjukvård som länssjukvård – till 5 specialister/100 000 inv. Detta är i överensstämmelse med att Svensk Neurologisk Förening skattar behovet av neurologspecialister till 5.5/100 000 invånare.

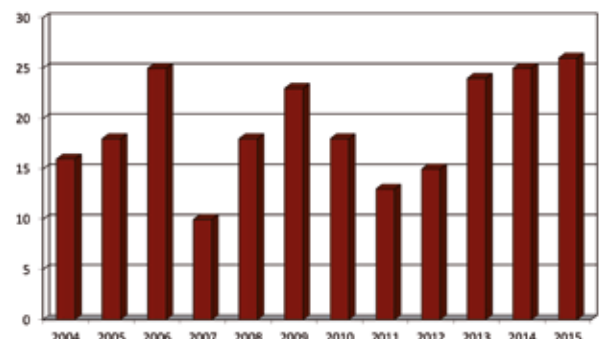
Antal ST-läkare i Sverige 2016



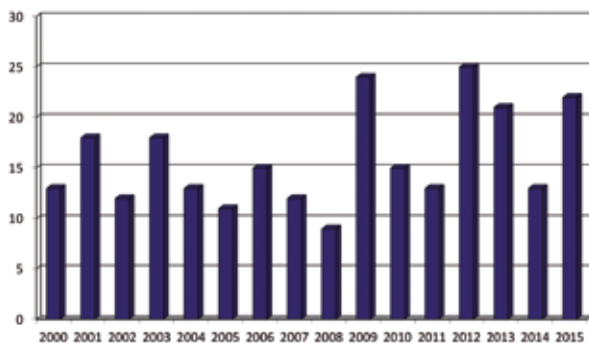
Fem specialister/100 000 invånare fördelas på 4 specialister för länssjukvård och 1 specialist för regionsjukvård/100 000 invånare. Dessa specialister har ungefär 70 % tjänstgöringsgrad inom reumatologi. Vi har noga följt tjänstgöringsgraden inom vår specialitet och därvid legat konstant runt 70 %. Övriga 30 % utgörs av föräldraledighet, medicin-tjänstgöring (fr.a. jourer), forskning, sjukdom eller annan minskning av arbetstiden.

SRF behöver arbeta aktivt med att främja rekrytering av nya ST-läkare. Nuvarande ca 250 specialister behöver öka till 500. Utifrån beräknat behov torde vi behöva rekrytera ytterligare drygt 200 ST-läkare under närmaste 10 åren – fr.a. under de första fem – eftersom vi behöver ca 31 nya specialister/år. Under 2000-talet har cirka 16 specialister certifierats/år med en svag tendens till ökning de senaste åren. En aktiv SRF-styrelse och en utbyggd organisation med regionala ST-studierektorer, liksom ett brett utbud av SK-kurser (C-kurser) tidigt under utbildningen har bidragit till att främja rekryteringen.

Antal nya ST-läkare i Reumatologi i Sverige



Antal nya specialister i Reumatologi i Sverige



Attraktiv specialitet

Reumatologi är en attraktiv specialitet eftersom vi ligger i fronten av den medicinska utvecklingen med såväl framstående forskning som klinik. Arbetets innehåll och den relativt lindriga jourbelastningen kan också stärka attraktionskraften för vår specialitet.

Regionsjukhusen verkar inte vara lika hindrade att anställa nya ST-läkare som tidigare.

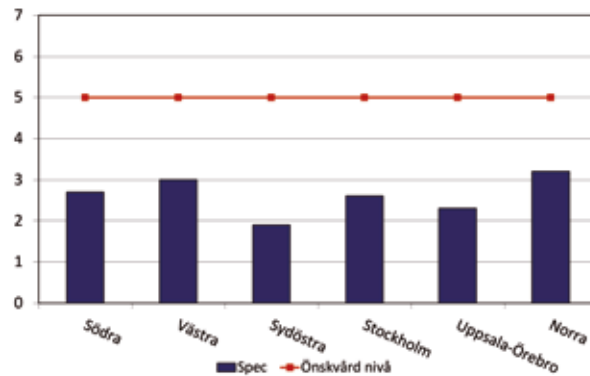
Ett område att utveckla är forskning på länsjukhusen – med handledning från universitetssjukhusen. Digitaliseringen i allmänhet och Svenskt Reumatologiregister (SRQ) kan bidra till att reumatologin har bättre förutsättningar än andra specialiteter att utveckla forskningssidan på länsjukhusen. Reumatologin kan således gå i spetsen för akademiseringen av vissa större länsjukhus, vilket ytterligare skulle kunna öka viljan att söka ST i reumatologi där.

Olika bemanningförutsättningar

Bland regionsjukhusen finns tre större (Karolinska, Sahlgrenska, Lund/Malmö), tre mindre (Linköping, Uppsala, Umeå) och ett ännu mindre (Örebro). Här är det svårt att jämföra alla enheter med varandra. Länsjukhusens förutsättningar är emellertid relativt lika även om det kan föreligga skillnader i befolkningsunderlag från Kalmars 140 000

Antal specialister/100 000 invånare

– mars 2016



invånare till Jönköpings 340 000. Det är dock mer görligt att jämföra dessa enheter.

I) Regionsjukhusen

Antalet specialister har ökat från 117 till 140. Stora utropstecken är Sahlgrenska, som ökar från 19 till 36 specialister, och Linköping som ökar från 7 till 12 specialister. Fem av sju regionsjukhus har ökat bemanningen, endast Umeå och Örebro har samma specialistantal som 2004, 11 resp. 6. På ST-sidan ser vi en massiv ökning från 2004 till idag från 43 till 63 ST-läkare. Här noteras öknings på alla regionsjukhus. Karolinska +2, Sahlgrenska +4, Lund/Malmö +5, Linköping +2, Uppsala +1, Umeå +3 och Örebro +3.

II) Länskliniker

Antalet specialister på länsklinikerna (19 st) har ökat från 73 till 89 dvs från 3.8 till 4.7 specialister/enhet. Antalet ST-läkare har ökat från 16 till 36 dvs från 0.8 till 1.9/enhet. År 2016 har alla enheter utom Sundsvall (Västernorrland) ST-läkare. År 2004 saknade 8 av 19 länsjukhus ST-läkare. Störst glädjeämnen är Blekinge – från 0 till 3 specialister och från 0 till 3 ST-läkare och Karlstad med ungefär samma siffror. Västernorrland har ökat från 3 till 6 specialister. Skövde har ökat från 2 till 6 specialister. Bara 3 enheter har tvingats minska

bemanningen – Sörmland -1, Kalmar nere på 1 specialist idag mot 3 år 2004 och så den största nedgången i Halland till följd av Spenshults nedläggning och Capio Halmstads övertagning av verksamheten. Antalet specialister har minskat från 12 till 5 sedan år 2004 och antalet ST-läkare från 4 till 2 – dvs totalt sett mer än halvering.

III) Länsdelssjukhus

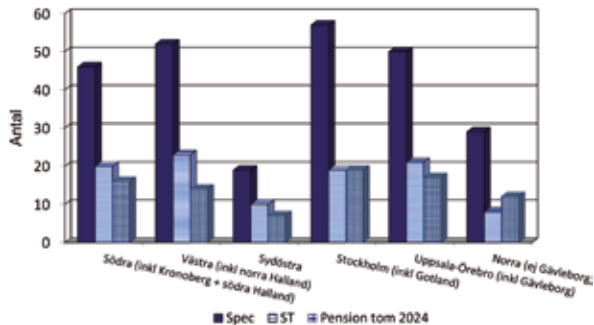
Antal specialister på länsdelssjukhus har minskat från 15 till 11. Denna siffra är dock något missvisande eftersom reumatologer ofta finns ute på länsdelssjukhus men då organiserat från det större region- eller länsjukhuset. Flera länsdelssjukhus har sålunda uppgått i länsvisa reumatologenheter såsom Gävleborg (Gävle, Bollnäs, Hudiksvall) och Sörmland (Eskilstuna, Nyköping). Några länsdelssjukhus har upphört med egen reumatologi – Kiruna och Oskarshamn. Alingsås reumatologi sköts nu av Sahlgrenska på speciellt avtal. Vidare har flera landsting organiserat reumatologi länsvis såsom Västerbotten (Umeå, Skellefteå, Lycksele) och Blekinge (Karlskrona, Karlshamn). De mest framgångsrika länsdelsenheterna – med reumatologin som en del av medicinkliniken – är Väster- vik, Ängelholm, Trelleborg, Simrishamn och Visby med relativt stabil bemanning och inte sällan med egen ST-utbildning.

IV) Privatpraktikerna

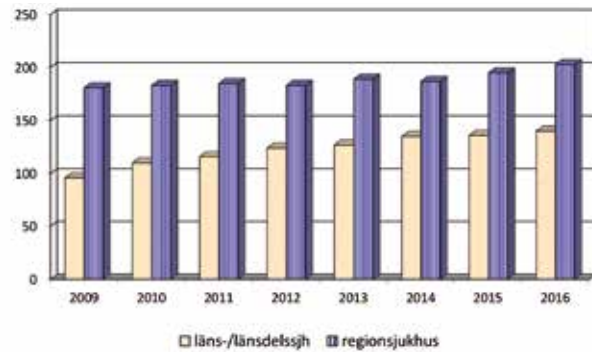
Antalet privatpraktiker minskar stadigt och åldern på privatpraktikerna medför att nästan hela kåren är pensionärer till år 2025. Så gott som alla privatpraktiker finns i Stor-Stockholm. Kanske lämpar sig inte vår specialitet för privatpraktik. Behovet av sjuksköterskor, kurator, fysioterapeut, arbetsterapeut och de omfattande kontrollerna av avancerad läkemedelsbehandling kanske inte passar in i prissättning och arvodering av den privata reumatologin.

	Specialistläkare		ST-läkare	
	2004	2016	2004	2016
1. Regionsjukhus (totalt)	117	140	43	63
Karolinska	38	40	14	16
Sahlgrenska	19	36	13	17
Lund/Malmö (SUS)	20	21	7	12
Linköping (länsklin)	7	12	2	4
Uppsala	12	14	2	3
Umeå (länsklin)	11	11	2	5
Örebro	6	6	3	6
2. Länsjukhus (totalt)	73	89	16	36
Kristianstad	3	3	0	1
Helsingborg	3	3	0	1
Blekinge	0	3	0	3
Halland	12	5	4	2
Växjö	2	3	0	1
Borås	4	5	2	2
Skövde	2	6	1	1
Uddevalla	3	5	1	2
Jönköping	4	4	1	3
Kalmar	3	1	0	2
Danderyd	6	7	1	1
Sörmland	5	4	0	3
Västerås	5	7	1	2
Karlstad	0	4	1	2
Falun	6	7	2	3
Gävleborg	4	6	3	2
Östersund	3	4	0	2
Västernorrland	3	6	0	0
Luleå	6	6	1	2
3. Länsdelssjukhus (totalt)	15	11	3	4
Arvika	1	1	0	
Ängelholm	2	3	0	
Trelleborg	2	2	0	
Simrishamn	1	2	0	1
Västervik	2	2	0	1
Visby	2	1	0	2
Bollnäs	1	2	(ingår i Gävleborg)	
Hudiksvall	1	0	(ingår i Gävleborg)	
Alingsås	1	0	(bemannas av SU)	
Nyköping	1	0	(ingår i Sörmland)	
Kiruna	1	0	0	0
Oskarshamn	1	0	1	0
4. Privatpraktiker (totalt)	19	13	0	0

Reumatologer i de olika sjukvårdsregionerna – mars 2016



Antal reumatologläkare (spec+ST) på region-sjukhus resp. läns-/länsdelssjukhus



Bemanning i olika sjukvårdsregioner

Stockholm backar. Överlag ser vi en ökning i alla sjukvårdsregioner fränsett Stockholm som ligger på ungefär oförändrat antal specialister trots att Stockholms befolkning ökar med motsvarande ett Halmstad om året dvs. befolkningen måste ha ökat med 3-400 000 invånare under tiden 2004 till 2016. Reellt sett innebär det att reumatologtäteten minskat i Stockholm. Pensioneringen av privatpraktikerna förstärker denna minskning. Något liknande har inte skett i någon annan sjukvårdsregion.

Halland backar mest. Spenshults nedgång under 2000-talet och senare nedläggning 2014 innebär att Hallands reumatologspecialister minskat kraftigt från 12 till 5 och antalet ST-läkare från 5 till 2. För tydlighetens skull säredovisas därför Halland.

Västra Götaland ökar mest. Störst ökning redovisar Västra Götaland med en ökning från 29 specialister till 52. Bakom denna ökning ligger ett målmedvetet rekryteringsarbete under de senaste 15-20 åren med aktiv utveckling av samarbetet i regionen, aktiv regional ST-studierektor och riktiga tillfällen till utbildning och ST-samvaro. Västra Götalands satsning på ST-tjänster på länsjukhusen med regional finansiering sedan 2001 och ökade specialistresurser i samband med införandet av na-

tionella riktlinjer för såväl reumatoid artrit som för ankyloserande spondylit/ psoriasisartrit är mycket betydelsefulla.

Sydöstra Götaland – lågt bemannade. Sydöstra Götaland ligger lägst i bemanning (1.9 reumatologspecialister/100 000 inv). Över huvudtaget är läkarbemanning i denna sjukvårdsregion låg oavsett specialitet.

Sett till sjukvårdsregioner ligger **Norra regionen överraskande högst** med 3.3 reumatologspecialister/100 000 invånare, följt av Västra sjukvårdsregionen med 3.0.

Sett till storstadregionerna har vi följande siffror för 2016: Stockholm 2.8 specialister/100 000 invånare, medan Västra Götaland och Skåne med 3.3 ligger högre.

Antalet ST-läkare ökar jämfört med år 2004 inom alla sjukvårdsregioner. Störst procentuell ökning redovisar Södra (7 till 20 ST-läkare) och Norra sjukvårdsregionen (3 till 10 ST-läkare).

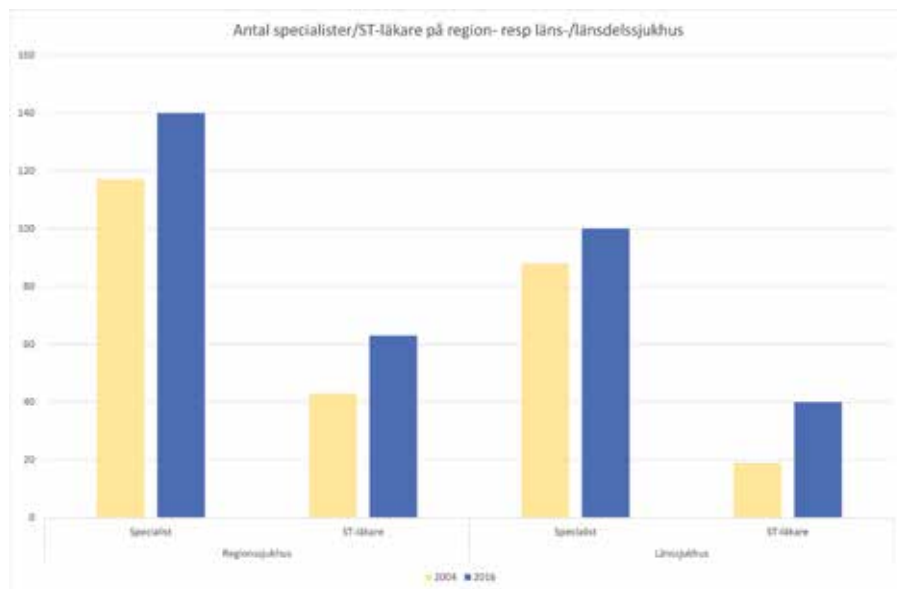
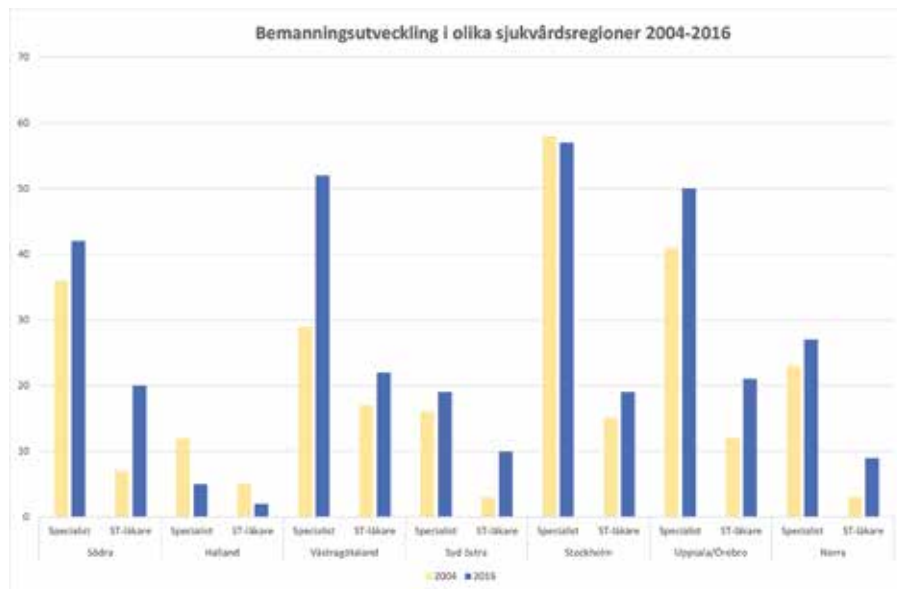
Sammanfattning

Svensk reumatologi växer – men inte tillräckligt! I framtiden kommer vi att kunna utvidga våra arbetsuppgifter ännu mer mot inflammation/immunomodulation, men även överväga nya områden där vår kompetens kliniskt och vetenskapligt

kan göra skillnad, t.ex. gikt. För att ta på oss mer arbetsuppgifter måste resurser tillskapas av sjukvårdshuvudmännen.

Årliga bemanningsenkäter och sammanställningar låter oss jämföra bemanningen över landet och över tid. De ger vidare en möjlighet att följa upp målsättningen fem specialister per 100 000 invånare. Utifrån resultatet kan SRF bättre ta ställning till hur rekryteringen kan ökas och erbjuda

patienterna bästa möjliga vård. Under läkarens hela utbildning skall kontakten med reumatologin vara positiv, entusiastisk och välkomnande. En läkarstudent eller en läkare skall känna att reumatologi är hemma. Rekrytering av nya medarbetare är högprioriterat för alla enhetschefer och deras huvudmän. SRF skall därvid vara en viktig stödfunktion.



Utveckling och ledarskap under 2000-talet

Boel Mörck

Utveckling och forskning är honnörsord och kännetecknar Svensk Reumatologi. Efter att SRF strategiskt och framgångsrikt arbetat med kvalitetsregistret (inkl kvalitetsindikatorer i Öppna Jämförelser) samt ST-läkarrekrytering och utbildning var det dags att gå vidare med verksamhets- och ledarskapsutveckling samt fortbildning.

Strategiskt arbete med utvecklings- och utbildningsfrågor

SRFs höstmöten, som startades under Tomas Bremells tid som ordförande, adresserade dessa frågor och samlade alla intresserade under två intensiva och inspirerande höstdagar på IVA i Stockholm. Dessa möten startade 2004 och fortgick fram tom 2013 för att sedan flyttas till januari, där riktlinje- och registerdagarna låg sedan tidigare.

Redan år 2000 ordnade dåvarande SRF-ordförande, Marie Vallgård, ett 2-dagarsmöte för enhets- och verksamhetschefer. Denna goda tanke ledde till att SRF från och med år 2003 hade en enhetschefsgrupp, som träffades regelbundet i samband med nationella reuma-möten. Under 2009 formades två intressegrupper för chefer/ledare, den ena var även fortsatt *Enhetschefsgruppen* under ledning av Åke Thörner och den andra var *Verksamhetschefsgruppen* för universitetssjukhusen under ledning av SRFs vice ordförande. Många frågor ventilerades och dessa nätverk visade sig vara mycket värdefulla och utgjorde ett forum för erfarenhetsutbyte och lärande för chefer och ledare i

Reuma-Sverige. Dessa två grupper slogs åter ihop till en under 2015 med namnet *Verksamhetsföreträdargruppen*, då det blivit allt ovanligare med reumatologer som såväl verksamhetschefer som enhetschefer inom reumatologi.

Regionala fortbildningskoordinatorer för specialister

Fortbildningsfrågorna kommer sannolikt att ta en allt större plats framgent, inte minst med tanke på det ändrade LIF-avtalet som trädde i kraft 2015. Att initiera ett nätverk för regionala fortbildningskoordinatorer är en viktig strategisk satsning. Detta innebär att varje region tar fram en regional fortbildningskoordinator för specialister enligt samma framgångsrika modell som använts för ST-läkarna och att fortbildningsaktiviteterna samordnas via styrelsens fortbildningsansvarige.

Ledningsorganisation i Reuma-Sverige under 2000-talet

Inom Reuma-Sverige har vi under många år framgångsrikt arbetat utifrån en indelning i 6 sjukvårdsregioner, formade runt universitetssjukhusen. En region har under tiden fått 2 universitetssjukhus, Uppsala-Örebro. Dessa regioner, som har varit oerhört viktiga för oss när det gäller satsningen på ST-studierektorer, SRQ-organisation m.m, bygger på att universitetskliniken är ett centrum för forskning, Undervisning och Utveckling, FoUU. För att kunna vara en regional utvecklingsmotor behöver det finnas bra ledare och chefer inom reu-

matologin, någon som stimulerar till och förstår vikten av FoUU, men som också tar ansvar för implementering, uppföljning och dialog med patienterna. Detta system har bidragit till sammanhållning i synsätt och genomförande inom svensk reumatologi under hela 2000-talet.

Reumatologins inflytande minskar i linjeorganisationerna

Verksamhetschefgruppen och SRFs styrelse noterade att förändringsvindar blåste på de flesta universitetssjukhusen runt 2010 och kunde snabbt identifiera två huvudtyper av utmaningar, som båda medförde ett försvagat inflytande i universitetssjukhusens linjeorganisationer.

Den första utmaningen innebar att sjukhusledningarna på två orter (Uppsala och Skånes Universitetssjukhus) slog samman reumatologin med andra specialiteter vilket medförde att det inte längre

fanns någon verksamhetschef för reumatologi. För att skapa debatt kring frågan, som är lika aktuell för ett flertal andra specialiteter, har SRF börjat med att tillskriva såväl Svenska Läkaresällskapet som Läkarförbundet. Detta är en principiellt viktig fråga även för universiteten.

Den andra utmaningen var att man länge hade stora problem att finna kvalificerade sökande till verksamhetschefstjänsterna i reumatologi på två andra orter (Örebro och Linköping).

Nu väcktes tanken på att starta ett utvecklingsprogram för ledarskap i egen regi.

Strategi, processarbete och beslut 2013–2014

Denna besvärande situation har under åren uppmärksamats av såväl verksamhetschefgruppen som SRFs styrelse. Många höstmöten har haft fokus på ledarskap och utvecklingsfrågor för att en-



Stående bakre raden från vänster: Anders Lind, Gävle; Peter Matt, Uppsala; Hamed Rezaei, Karolinska; Jon Einarsson, SUS; Mats Dehlin, kursledare SU; Jonas Strömbäck, Kristianstad; Laura Butule, Kristianstad; Egidija Sakiniene, kursledare SU.

Stående från vänster främre raden: Boel Mörck, programansvarig SRF, SU; Karin Hjorton, Uppsala; Payam Azali, Danderyd; Boja Jovancevic, SU; Christina Stranger, Karolinska; Kajsa Öberg, Falun; Tor Olofsson, SUS; Anna-Kajsa Sjöberg, Västervik; Helena Tydén, SUS; Catharina Wöhlecke-Haglund, programcoach.

Sittande från vänster: Lovisa Leifsdottir, SU; Malin Thoren, Eskilstuna; Evy Björnehall, Umeå; Catharina Lindholm, kursledare SU.
Saknas: Joaquin Llopis, Skövde; Gerd-Marie Alenius, programansvarig SRF, Umeå.

tusiasmera och visa på vikten av och möjligheterna till ett gott ledarskap inom reumatologin. För att stimulera denna process ytterligare föreslog styrelsen och beslutade föreningsmötet i december 2013 att göra en strategisk satsning på ett ”skräddarsytt” utvecklingsprogram i ledarskap för reumatologer.

Idéer till programutformningen hämtades från framstående ledarskapsprogram som HUR och RUFF, men även från forskningen (t.ex. *Leadership development: A comparative evaluation of short-term and long-term programmes in Swedish health care, David Bergman, Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME), 2009*). En programstyrgrupp bildades bestående av samtliga verksamhetschef eller motsvarande från våra sex reuma-regioner och en extern coach kontrakterades.

Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap – RULE

Ett utvecklingsprogram för ledarskap inom Reuma-Sverige har flera syften. Huvudsyftet är att skapa en grupp motiverade och intresserade reu-

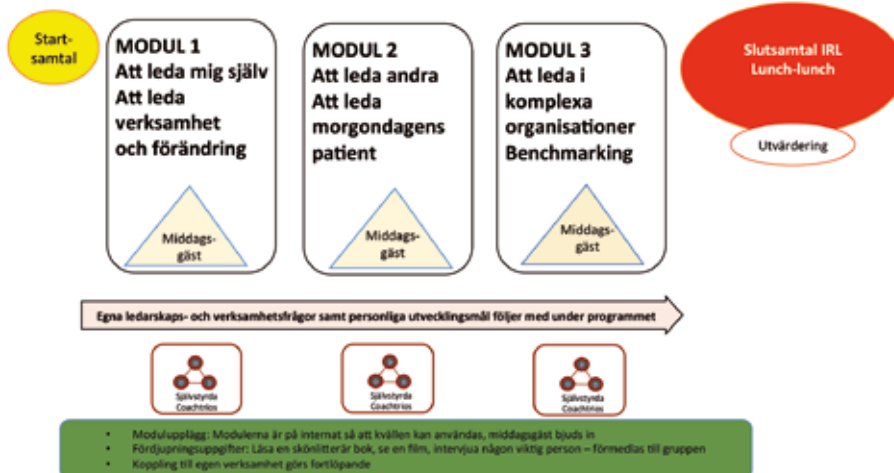
matologer till alla former av ledarskaps- och chefspositioner i Sverige. Dessutom bildas ett starkt nationellt nätverk och tillfälle till benchmarking, vilket är ett utmärkt sätt att lära av varandra. Programdeltagarna nomineras av sina chefer och 3 platser finns att fördela per region, vilket ger en optimal gruppstorlek om 18 personer. Programmet sträcker sig över ett år med 4 internat à 2 dygn med ett inledande respektive avslutande samtal i grupp – se bild.

Internaten fördelas geografiskt och vid varje tillfälle arbetar programledningen tillsammans med en regional programkommitté. Stort fokus läggs på interaktivitet och inspiration till programmet hämtas ut ARL – Action, Reflexion, Learning. Första programomgången avslutades i december 2015 och utvärderingarna av deltagarna, deras chefer och programledningen är mycket positiv! Utvärdering på lång sikt planeras också.

Då programmet blivit en sådan framgång har SRF-styrelsen beslutat om en fortsättning, RULE 2 planeras till 2017.



Programprocessen RULE

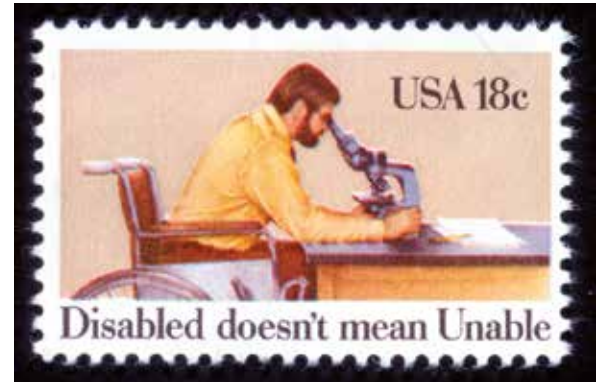


Reumatologi – framgångsspecialitet i tiden

Ido Leden och Carl Turesson

Reumatologi blev, efter långvarigt och målmedvetet arbete av ledande föreningsmedlemmar i samarbete med SRF:s styrelse, en egen specialitet 1969. Både inom och utom skräet betonades reumatologins specifika rehabiliteringspotential. Reumatologi utvecklades under 1970-talet till en föregångsspecialitet vad gäller *teamarbete* (4). Nya reumateam etablerades i takt med att reumatologenheter, under detta och nästa decennium, inrättades på landets länslasarett. Reumatologer i samarbete med funktionsterapeuter var också först med att starta olika typer av *patientskolor*, ex. sådana med fokus på ledskydd och benskörhet. I dessa förekom ett ömsesidigt lärande, vilket stärkte patientrollen men framförallt förändrade läkar- och terapeutrollen åt ett mera demokratiskt håll. På många håll i landet inleddes också en nära samverkan med primärvården genom *konsultbesök på vårdcentraler* inom respektive upptagningsområde. Lundaklinikens reumatologkonsulter tillhörde pionjärerna och verksamheten på Dalby vårdcentral presenterades 1980 i en rapport till Socialstyrelsen (2).

Att som läkare på 1970- 80-talen ge besked till en patient att hen insjuknat i ledgångsreumatism var en tung uppgift jämförbar med besked om cancerdiagnos. Patienten visste och vi visste att deformerande ledförändringar långsamt men obönhörligen skulle utvecklas. Effektiv behandling, som kunde dämpa den ledinflammation som orsakade destruerande ledförändringar, fanns inte. Det var dock inte så att hjälp helt saknades. Reumateamets uppgift blev att hjälpa patienterna till ett liv



Figur 1. Reumateamets uppgift på 1980-talet sammanfattas och visualiseras på detta frimärke, som utgavs i USA 1981 med anledning av det Internationella handikappåret. Ett handikapp (disabled) behöver inte medföra att patienten skall vara oförmögen (unable) att leva ett liv med hög livskvalitet om rätt hjälp ges till ny insikt och livsförändring.

med hög livskvalitet trots handikappande ledförändringar (fig. 1). Ledskyddsundervisning, hjälpmedelsutprovning och andra fysikaliskt terapeutiska metoder var obligatoriska behandlingsinslag. Totaldestruerade leder kunde åtgärdas med olika typer av funktionsbevarande reumaortopediska ingrepp. Många av dessa åtgärder var relativt specifika för reumatologin, vilket gjorde att begreppet *reumarehabilitering* fick en särskild innebörd.

Reumaimmunologi

1970- och 80-talens reumatologi karakteriserades också av en påtaglig utveckling inom disciplinen med betydande kunskapsökning om de reumatiska sjukdomarnas patogenes, diagnostik och behandling. Dessa framsteg möjliggjordes tack vare utvecklingen inom immunologi och mikrobiologi.

Delar av denna utveckling drevs inom reumatologin under beteckningen *reumaimmunologi*.

Läkemedelsbehandling på 1970–80-talen

Denna dominerades av DMARD som klorokin, guld, penicillamin och Salazopyrin. Tyngre immunosuppressiva läkemedel användes sparsamt och methotrexatets många positiva effekter hade ännu inte uppenbarats. ”Go low, go slow” var den dominerande behandlingsdoktrinen.

1990-talets paradigmskifte

Methotrexate utvecklades till det ledande DMARD-preparatet och behandlingsfilosofin ändrades radikalt med lanseringen av hypotesen (idag tes) om ett behandlingsfönster och att detta främst möjliggjorde effektiv behandling under de första åren efter insjuknandet i kronisk artrit. Detta innebar att patienter som nyinsjuknat i kronisk artrit snabbt borde behandlas med potenta inflammationsdämpande substanser. Räckte det inte med ett läkemedel adderades efterhand flera med remission som mål för behandlingen. Remission i reumatologisk mening innebär att patienten är fri från smärta, ledsvullnad och tecken på laboratoriemässig aktivitet, ett mål som ännu på 1970- och 1980-talen tedde sig orealistiskt och omöjligt att uppnå. Tack vare tillkomsten av biologiska läkemedel, i slutet av 1990-talet, har symtomfria patienter med kronisk artrit blivit ett vanligt och välkommet fenomen på våra mottagningar.

Vid flertalet reumatologenheter skapades nu särskilda mottagningar för behandling av tidig artrit, dvs. patienter som varit sjuka i mindre än ett år. Resultaten har varit exceptionella. Fungerar allt optimalt så innebär det att en i kronisk artrit nyinsjuknad patient inom ett halvt till ett år är fri från ledinflammation (i remission) och därmed i stort sett åter kan leva det liv hen gjorde före insjuknandet.

1990-talet kan också beskrivas som kvalitets- och kompetensfrågornas decennium (5). Kvalitets- och kompetensfrågor dominerade styrelsearbetet. Den första specialistexamen genomfördes redan 1990. Styrelsen anammade SPUR-instrumentet (specialistutbildningsrådet) och uppmanar kliniker med ST-utbildning att genomföra SPUR-inspektioner. Särskilda inspektörer utses för denna verksamhet. Man anordnar också kurser i ledarskap för sektionschefer och verksamhetschefer. Arbetsgrupper börjar formeras för att driva och kvalitetssäkra utvecklingen inom olika reumatologiska subområden. Ett sådant är upprättande och utveckling av olika nationella kvalitetsregister. Allt detta ledde till en mer strukturerad och mycket effektivare behandling jämfört med tidigare decenniers. Idag är det, som väl är, ovanligt att god inflammationsdämpning inte kan uppnås. Tillgången till nya läkemedel gör också att reumatologer aldrig mer behöver bli vapenlösa – en icke ovanlig sats på 1980-talet.

2000-talet – modern läkemedelsbehandling

TNF-hämmarnas introduktion i slutet av 1990-talet blev början till en ny era inom reumatologin. Insikten om att TNF hade särskild betydelse för inflammationsprocessen vid RA, tillsammans med studier som visade att selektiv blockering av TNF snabbt minskade inflammation och förhindrade progress av leddestruktion, ledde till att de blev allmänt accepterade som förstahandsval vid teraporefraktär RA. Såväl etanercept och inflixmab som senare adalimumab och så småningom även certolizumab och golimumab har använts med framgång i dessa sammanhang. Från allra första början var det dock många som var skeptiska till att dessa läkemedel skulle få någon större användning – med tanke på de höga kostnaderna och potentiella risker. Att de inom några få år kom i relativt utbrett bruk i Sverige beror inte bara på

den uttalade kliniska effekten, även hos patienter med svår sjukdom, utan även på ett framsynt och strategiskt agerande av många inom svensk reumatologi. Den strukturerade uppföljningen i kvalitetsregister, med forskning i världsklass om säkerhet vid biologisk behandling, och SRFs evidensbaserade riktlinjer för läkemedelsbehandling, har utan tvivel bidragit till att svenska myndigheter haft lättare att ta till sig värdet av dessa läkemedel. Det är lätt att glömma att det inte var okontroversiellt att införa registrering av patienter med tidig RA och patienter med biologisk behandling, eller att ta fram nationella behandlingsriktlinjer. Båda frågorna var föremål för en intensiv och tidvis polariserad debatt. Så här i efterhand kan det tyckas självklart att den mer ambitiösa linjen skulle segra, men så var det inte då. Något som bidragit till att dessa strategiskt viktiga projekt har kunnat drivas vidare i samförstånd är det goda samarbetsklimat som under en längre tid präglat svensk reumatologi. Detta har varit en framgångsfaktor även i andra svåra stunder, till exempel i specialitetsstriden, där reumatologins status som egen specialitet i Sverige var hotad. Om denna intrikata strid som fördes med politiska förtecken berättar Tomas Bremell på sid 84 i denna bok.

De första riktlinjerna för läkemedelsbehandling vid RA från SRF togs fram 2001. Den ständiga tillkomsten av ny evidens ledde till behov av upprepade uppdateringar, vilket skett årligen från och med 2008. Efter hand tillkom även riktlinjer för behandling vid spondylartrit och psoriasisartrit, samt inom en lång rad andra relevanta områden. Den tilltagande komplexiteten ställde allt högre krav på adekvata beslutstöd och kontinuerlig kunskapsutveckling för den enskilde klinikern. Förutom biologiska läkemedel har rön om kombinationsbehandling med traditionella DMARDs och tillägg av lågdosbehandling med kortison vid tidig RA haft stor betydelse för utvecklingen.

Den nya tidens melodi var i övrigt evidensbaserad, selektiv immunmodulering. TNF-hämning visade sig vara mycket verkningsfull vid ankyloserande spondylit och besläktade sjukdomstillstånd, som psoriasis med eller utan artrit, inflammatorisk tarmsjukdom och uveit. Man kunde också visa att en subgrupp noggrant kartlagda patienter hade nytta av tidig behandling med TNF-hämmare vid spondylartrit utan klassiska röntgenförändringar (icke-radiografisk axial spondylartrit).

Därutöver kom andra behandlingsprinciper i evidensbaserad användning vid RA: B-cellsdepleterande antikroppar mot CD20 (rituximab), modulering av antigenpresenterande celler och T-celler med CTLA-4 (abatacept), samt IL-6 hämning (tocilizumab).

I denna brytningstid, med samtidigt nya, dyra läkemedel och resursbrist och stora omstruktureringar i svensk sjukvård var det en återkommande strategi från svensk reumatologi att försöka vara ”bäst i klassen”. Det kunde gälla uppföljning i kvalitetsregister, med höga täckningsgrader som imponerat på många, ambitiöst arbete med omfattande underlag för Socialstyrelsens nationella riktlinjer (8), och aktiv klinisk forskning med både spets och bredd. I många sammanhang har reumatologin framhållits som ett föredöme, vilket underlättat i dragkampen om resurser.

Nya arbetssätt inom modern reumatologi

Tillgången till nya behandlingsverktyg har radikalt förändrat vardagen inom reumatologisk sjukvård. Minst lika viktig som de biologiska läkemedlen har insikten om betydelsen av tidig behandling och tydliga behandlingsmål varit (7). Även om många patienter med kroniska artritsjukdomar har kvar vissa tecken på aktiv inflammation och sjukdomssymptom, så kan konsekvenserna av artriten lindras, och nästan alla patienter får uppleva en vändning till det bättre som inger hopp och framtidstro

– en inte oväsentlig aspekt. Samtidigt har nya rön med betydelse för handläggning av reumatologiska systemsjukdomar och förbättrat interdisciplinärt samarbete kring sådana patienter lett till en successivt förbättrad prognos även för denna patientgrupp. Strukturerat arbete för att åstadkomma remission och minimera organskador, med adekvat användning av immunsupprimerande läkemedel och selektiv biologisk immunoterapi inriktad på B-celler (rituximab mot ANCA-associerade vaskuliter och belimumab mot SLE) har haft stor betydelse för detta.

Det aktiva arbetet med att hitta rätt behandling för varje patient har förändrat öppenvårdsverksamheten inom reumatologin. Behovet av noggrann dokumentation av behandlingsutvärdering i journal och kvalitetsregister har bidragit till ytterligare administrativa bördor på reumatologerna. Samtidigt är det viktigt att det finns tid för att kartlägga och förstå varje patients situation. Såväl överbehandling – där intensifierad läkemedelsbehandling tillgrips mot problem som inte orsakas av aktiv inflammation, som underbehandling – där enskilda patients behov missförstås eller tappas bort, förekommer.

Den ökade användningen av patientrapporterade utfallsmått, på senare tid genom Patientens Egen Registrering (PER), digitalt och direkt i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, har haft betydelse detta sammanhang. Efter hand har patienten fått en mer aktiv roll och större möjligheter att själv följa dokumentationen i registret. Samtidigt som komplexiteten ökat i terapiövervägandena är många patienter idag välinformerade om den behandling som finns tillgänglig. Här finns dock oerhört stora skillnader mellan olika patientgrupper, vilket understryker betydelsen av en individualiserad handläggning.

Samtidigt har den reumatologiska slutenvården successivt reducerats. Under tiden 1999–2009

mer än halverades antalet slutenvårdsplatser. Detta återspeglar dels en generell förskjutning inom sjukvården, där allt fler utredningar och behandlingar bedrivs i öppen vård, men också att behovet av inläggande reumatologisk rehabilitering försvunnit och reumakirurgin minskat. Spenshults Sjukhus hade sina glansdagar under 1980- och 90-talen och fram till 50-årsjubileet som reumatikersjukhus 2003 (9), men efter hand ledde den minskande nyrekryteringen av reumatiker med svårt destruerade leder och landstingens ändrade prioriteringar till att allt färre patienter remitterades för längre rehabiliteringsperioder. Sjukhuset lades slutligen ned 2014.

Antalet patienter som behöver genomgå ortopedkirurgiska ingrepp har också minskat över tid. Framför allt har en betydande minskning av höftledsoperationer dokumenterats (3). Denna utveckling, som rimligen beror på minskad leddestruktion vid framför allt RA, har skett trots att samtidiga framsteg i den kirurgiska tekniken och den postoperativa rehabiliteringen gjort att operationsindikationerna vidgats.

Forskning

Den vetenskapliga aktiviteten har varit hög inom svensk reumatologi. Starka forskningsområden innefattar såväl epidemiologisk forskning, som utnyttjar våra unika resurser i form av nationella register med hög täckningsgrad, som studier av sjukdomsmekanismer av betydelse för artrit- och systemsjukdomar. Särskilda framgångar har kunnat skördas när man kunnat koppla ihop dessa forskningslinjer. Svensk reumatologisk forskning är väl ansedd såväl internationellt som inom landet. De starka forskningstraditionerna har lett till att många svenska reumatologer är forskarutbildade, och att breda forskningsenheter har kunnat byggas upp på flera håll. Vid sådana enheter samverkar många olika discipliner (läkare, sjuksköterskor,

biologer, kemister, apotekare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter etc), vilket ger en möjlighet att ytterligare utveckla den moderna biologiska forskningen. Detta har också lett till att rehabforskning på ett fruktbart sätt kunnat integreras med annan klinisk reumatologisk forskning.

Modern reumarehabilitering

Rehabiliteringsinsatserna inom reumatologi har gått från att omfatta framför allt standardiserade, långa träningsperioder för patienter med omfattande funktionsnedsättning till att betona personcentrerad och förebyggande vård. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter arbetar allt mer för att hjälpa patienter att bibehålla funktion och arbetsförmåga. ”Coaching” för att stimulera regelbunden fysisk aktivitet är en viktig del. Detta är samtidigt en del i det preventiva arbetet mot kardiovaskulär comorbiditet, som är överrepresenterad hos patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Där ingår också en strukturerad riskbedömning som tar hänsyn till riskökningen hos reumatiker, samt specifika interventioner mot ogynnsamma levnadsvanor och andra riskfaktorer. Detta är särskilt viktigt med tanke på den ökande förekomsten av övervikt och därtill relaterade hälsoproblem.

Kronisk smärtproblematik är ett relativt sett ökande problem, både primära smärtsyndrom och sådana som är sekundära till reumatisk sjukdom. För att komma åt detta behövs insatser både av rehabteam inom reumatologin och på många andra nivåer i sjukvården.

De strukturerade och evidensbaserade träningsprogram som används idag strävar man i allt högre grad efter att initiera vid tidig sjukdom. Möjligheten att bedriva en framgångsrik rehabilitering underlättas också av insatser för att diagnostisera reumatisk sjukdom tidigt. Detta är särskilt viktigt vid tillstånd som ofta har haft lång tid från symptomdebut till diagnos, som spondylartrit.

Andra aspekter som påverkar rehabiliteringsarbetet är en ökad betoning i samhället av individens autonomi, framför allt bland yngre generationer, och en förändrad syn på åldrande – där fler har förväntningar på att kunna vara fysiskt aktiva vid hög ålder än tidigare.

Framtid

De senaste åren har vi gått mot en allt mer diversifierad läkemedelsbehandling, där biologiska läkemedel med olika verkningsmekanismer används allt mer för olika subgrupper av patienter med RA, och nya behandlingsprinciper, inriktade på cytokiner som IL-12, IL-23 och IL-17, används som komplement till TNF-hämmare vid psoriasisartrit och spondylartrit. Samtidigt håller fler läkemedel mot systemsjukdomar på att tas fram. Denna utveckling kommer rimligen att fortgå, med tillägg av JAK-hämmare och andra små molekyler med specifika verkningsmekanismer. En successiv tillströmning av biosimilarer, efter hand som patenten på biologiska läkemedel går ut, har påverkat och kommer att fortsätta att påverka prisen, och bidra till att många patienter även i fortsättningen kommer att kunna behandlas med potenta mediciner.

Sannolikt kommer ytterligare framsteg i forskning om sjukdomsmekanismer att bära frukt och bidra till vidare utveckling av ”personalized medicine”, där behandlingsstrategier skräddarsys för olika patientgrupper och olika stadier i sjukdomarna. Analyser av biomarkörer, till exempel proteinprofiler i blod och relevanta genetiska varianter, förväntas få stor betydelse för detta. Forskning har visat intressanta samband mellan cirkulerande molekyler och fynd i vävnadsprover, med potentiell betydelse för viktiga sjukdomsmekanismer och selektiv immunoterapi.

Det har varit en lång resa från den tid när ett litet antal läkemedel bedömdes göra nytta för ett brett spektrum av reumatiska tillstånd, till morgonda-

gens allt mer diversifierade och högspecialiserade vård. E-hjälpmedel kommer också att användas i allt större utsträckning för patientinformation, tillgång till beslutstöd och personcentrerad rehabilitering (6).

I denna föränderliga värld består behovet av välutbildade reumatologer – en unik resurs med både hög klinisk kompetens och värdefulla spetskunskaper inom immunologi och immunoterapi.

Källor:

1. Bremell T. Specialitetsstriden 2002-2005 – därför vann vi! ReumaBulletinen 2014 (Nr 101): 25-28.
2. Ekdahl C, Håkansson E, Svensson B. Försöksverksamhet med specialiserad reumatikermottagning vid vårdcentral, Dalby. Socialstyrelsen 1980.
3. Hekmat K. Patient reported outcomes and orthopedic surgery in rheumatoid arthritis. Akademisk avhandling, Lunds Universitet 2015. ISBN 978-91-7619-089-0
4. Leden I. Reumatologin – föregångsspecialitet. Tidigt ute med lagarbete i rutinsjukvården. Läkartidningen 1995; 92: 1383-88.
5. Leden I. Sektionen för reumatologi – riksstämmans stöttepelare. Reumatologins framväxt i Sverige. I: Svenska Läkaresällskapet 100 år, red Edling C. Svenska Läkaresällskapet (del 1) 2008: 233-57.
6. Lindqvist E. Framtidens reumarehab – e-rehab! ReumaBulletinen 2015; 3: 28-9.
7. Turesson C. Varför är det viktigt att diagnostisera och behandla patienter med artrit tidigt? Incitament 2007; 6: 425-28.
8. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen 2012. ISBN 978-91-87169-32-8
9. Spenshult 1913-2003. Miljöns läkande kraft - mot allhärjare och folkförstörare. Oskarström 2003. ISBN: 9163142740.

Nuläge och Framtid – ur ett kliniskt, vetenskapligt och organisatoriskt perspektiv

Ralph Nisell och Lars Klareskog

Bakgrund

Svensk sjukvård har varit, och många anser att vi fortfarande är, bland de bästa sjukvårdsgivare i världen, och inte minst står sig svensk reumatologi stark vid jämförelse med andra länder. I ett internationellt perspektiv befinner vi oss således i framkanten avseende såväl reumatologisk vetenskaplig som klinisk kompetens, dess utövande och utveckling. De bakomliggande orsakerna till att Sverige tillhör de ledande sjukvårdsnationerna i världen är, förutom god ekonomi och goda grundförutsättningar, även den svenska nyfikna traditionen att introducera nytänkande, att ständigt utveckla verksamheter och att samtidigt vara duktig på organisation och struktur. Därmed finns goda förutsättningar att kunna möta framtiden på ett optimalt sätt eftersom förändringar ständigt står för dörren, förändringar som kommer att bli påtagliga, och ord som smidighet och flexibilitet kommer att bli honnörs-uttryck i den snabbt föränderliga framtiden.

Kunskapsutvecklingen inom biologin har under de senaste decennierna omdanat sjukvården på ett påtagligt och genomgripande sätt. Nya medicinska behandlingsmöjligheter har introducerats och även skapat förutsättningar för framtida nya terapier. Parallellt har det digitala IT-samhället dramatiskt reformerat kommunikationsmöjligheter och kunskapsöverföring vilket i hög grad påverkar sättet att utöva såväl forskning som vård. Även individens/patientens roll har ändrats i dagens sjukvård med

större insyn, mer delaktighet i kombination med egen kontroll och därmed möjligheter att påverka sin behandling på ett helt annat sätt än tidigare. Utvecklingen av denna förändrade roll, och patientens ökade delaktighet, kommer ha mycket stor, eller i många sammanhang avgörande betydelse för framtidens vård.

Svensk reumatologi och sjukvårdsorganisation

Reumatiska sjukdomar är mycket vanliga och tillhör gruppen folksjukdomarna. Reumatiker kan man träffa på överallt i sjukvården och flertalet tas om hand i primärvården, men reumatologiska kliniker finns på många sjukhus och ställen i landet och tar hand om de reumatiskt sjuka som behöver mer avancerad behandling eller hjälp.

För patienter med artrossjukdomar och långvariga smärttillstånd i leder och muskler har i dagsläget reumatologin ett kunskapsansvar men inte ett behandlingsansvar. Däremot, för de patienter som har inflammatoriska led- och systemsjukdomar har reumatologin ansvar för behandlingen, men det hindrar inte att vid lugnare faser eller vid andra manifestationer av sjukdomen kan detta ansvar delas med andra inom sjukvården, i första hand primärvården men även andra specialiteter såsom njurmedicin, hud, gastro, neuro, ögon, mm.

De senaste 17 åren, med introduktion av biologiska läkemedel, har inneburit att nya effektiva behandlingsmöjligheter finns tillgängliga för många

reumatiskt sjuka. Behandlingarna är baserade på kunskaper om immuno-modulering, som framgångsrikt minskar inflammationsaktivitet och hämmar dess skadeverkningar på leder och andra vävnader. Samtidigt upplever behandlade patienter som drabbats av reumatisk sjukdom ökad ork, minskad smärta, bättre funktion och arbetsförmåga. Nya biologiska läkemedel, med andra immunologiska principer, mot inflammationen vid reumatiska sjukdomar introduceras fortlöpande, och vi befinner oss idag mitt i en medicinsk revolution, med dramatisk förbättrade behandlingsmöjligheter för reumatisk sjuka jämfört med för bara två decennier sedan. Reumakirurgin håller på att försvinna eftersom patientunderlaget blir allt mindre. Teamarbetet som förr var en viktig del i RA-behandlingen, har fått ändra sina arbetsätt och mål, eftersom sjukdomen (RA) idag inte är lika handikappande och funktionsnedsättande, tack vare de nya effektiva medicinerna som stoppar eller bromsar sjukdomsutvecklingen.

Reumatologin har förändrats från att ha varit huvudsakligen en rehabiliterande och symtomlindrande specialitet till att idag och i framtiden bli en medicinskt immunmodulerande terapeutisk verksamhet, där visserligen fortfarande ”den gamla” reumatologin finns kvar, men alltmer ersätts av proaktiva och förebyggande insatser i syfte att mer övergripande minimera de reumatiska sjukdomarnas handikappande följder.

Sverige är idag, år 2016, organiserat ur ett sjukvårdsperspektiv i 21 landsting med sina egna självstyren och ekonomiska ansvar. Den svenska akademiska medicinen, dvs. FoUU med forskning, undervisning och utveckling, är samtidigt med sju universitetssjukhus i uppdelad i sex universitetsregioner (Norra med Umeå, Uppsala-Örebro, Stockholm, Sydöstra med Linköping, Västra Götalandsregionen med Göteborg, Syd med Lund-Malmö). I Sverige totalt närmar sig antalet individer 10

miljoner. Därmed får varje region ett befolkningsunderlag på närmare 2 miljoner människor utom i den Norra regionen där den sammantagna populationen ligger något lägre, strax under en miljon.

Varje landsting är en ekonomisk enhet och patienter som velat röra sig mellan olika landsting för att få vård inom ett annat landsting än där man är folkbokförd och skriven, har behövt en specialistvårdsremiss för detta. Emellertid har under den senaste tiden denna gränsdragning mellan landstingen luckrats upp och för de flesta landsting har nu detta krav på specialist-remiss-förfarande tagits bort. I landet finns tre kategorier sjukhus; Universitetssjukhus, Länssjukhus och Länsdelsjukhus. De olika sjukhusen har olika struktur för de medicinska klinikerna, och på de större sjukhusen finns särskilda reumatologi-sektioner/enheter/kliniker. På de mindre sjukhusen blir reumatologin en integrerad del av medicinkliniken och då deltar reumatologspecialisten (om det finns någon sådan) även i det invärtesmedicinska arbetet (såsom dubbelspecialist) med bl.a. arbete på medicinsk akutmottagning, medicin-jourer, mm. Specialistvårdsreumatologi bedrivs idag på 35-40 sjukvårdsenheter i Sverige och därutöver finns även ett 10-tal med etableringsrätt privatpraktiserande reumatologer, framför allt i Stockholmsregionen.

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) konstituerades 1946. Drygt tjugo år senare, år 1969, blev reumatologin en egen medicinsk specialitet och under de efterföljande åren etablerades reumatologenheter på flertalet av de större sjukhusen. I samband med den nya specialitetsindelningen 2005 lyckades reumatologin efter viss strid bli en enskild basspecialitet. Det var en viktig milstolpe. Det var framför allt de nya kunskaperna om immuno-modulering och dess tillämpningar som övertygade utredarna och Socialstyrelsen att reumatologin inte var en grenspecialitet till internmedicin utan en egen entitet. Tack vare detta erkännande har det

under de senaste åren blivit lättare att driva och utveckla reumatologin och hantera de specifika utmaningar som finns inom denna vår specialitet.

SRF:s styrelse består sedan lång tid av 7 personer; ordförande, vice ordförande, vetenskaplig sekreterare, facklig sekreterare, kassör, utbildningsansvarig och yngre läkarrepresentant. Styrelsen utses årligen av SRF:s medlemmar i samband med SRF:s årsmöte som hålls under Reumaveckan. Sedan 2013 har även en anställd ”SRF-koordinator” varit behjälplig med administrativa uppgifter såsom mötes-protokollskrivande, kontinuerlig uppdatering av hemsidan (www.svenskreumatologi.se), medlems- och registerhantering, m.m. Arbetsgivare för SRF-koordinatören är ”SRF Service AB” som ägs helt av SRF. SRF-koordinatören arbetar även för SRQ och ett 2012 bildat Registerråd för optimering av datauttag från SRQ (se nedan, nästa stycke). Detta har varit viktigt för en bra registerstruktur och funktion inför framtiden.

Viktiga händelser för Svensk reumatologi under de senaste åren

Utveckling av svenska register och SRQ (Svensk Reumatologis Kvalitetsregister) har skett från mitten av 90-talet. Inom ARTIS-registret (Anti-Reumatisk Terapi i Sverige) som är en del av SRQ, följs effekter och bieffekter av de nya och dyra biologiska läkemedlen, varav de första började användas 1999. Detta är mycket angeläget, som säkerhetskontroll, och även något som läkemedelsbolagen har önskemål om och behov av. Sedan introduktionen 1999 har en rad nya biologiska läkemedel inom reumatologin kommit ut på marknaden. Introduktion av s.k. biosimilärer påbörjades med infiximab-similärer 2015, när patentet löpt ut, och 2016 kommer motsvarande ske för etanercept. Detta innebär en välkommen konkurrens och prispress på dyra, men effektiva, läkemedel. SRQ arrangerar tillsammans med SRF

ett årligt möte i Stockholm, s.k. Registerdag, sedan 90-talet. Skapandet av Registerrådet och SRF Service AB 2012 borgar för transparens och kontroll på datauttag från SRQ så att dessa sker på riktigt sätt och att inte obehöriga får tillgång till data, dvs. sådan information som patienter och makthavare inte givit sitt tillstånd för.

Tack vare framsynta svenska reumatologer har SRQ utvecklats till en förebild för många andra sjukvårdskvalitetsregister i landet och ”Swedish Rheumatology Registries” har även blivit ett internationellt begrepp, där man i många länder med avund ser hur vi i Sverige kan organisera uppföljningar av patienter på nationell basis. I princip har vi i Sverige en populationskohort på 10 miljoner människor. Om vi kan hålla god kvalitet och hög rapporteringsprocent blir informationen och kunskapen som detta ger upphov till av mycket stort värde, för patienterna, för vården och för forskningen, inte minst internationellt. Detta eftersom medicinska nya terapier idag introduceras globalt och behovet är stort av tillförlitliga och snabba data då läkemedels effekter och bieffekter behöver utvärderas ”from real life” och inte enbart utifrån kontrollerade kliniska prövningar.

Socialstyrelsen initierade 2008 arbetet och utformandet av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar och 2012 blev dessa klara för de ”reumatologiska” diagnoserna RA (reumatoid artrit) och AS (ankyloserande spondylit). Reumatologin har därefter utformat sina egna nationella rekommendationer/riktlinjer även för ett flertal andra diagnoser/sjukdomstillstånd/situationer förutom RA och AS såsom för SLE, graviditet, modern reumarehabilitering, kardiovaskulär sjuklighet kopplad till reumatisk sjukdom, mm). Dessa uppdateras årligen i samband med en ”Riktlinjedag” som SRF arrangerar och som samlar många av landets reumatologer. Riktlinjedagen hålls i anslutning till den Registerdag, som anordnas av SRQ. Detta

har blivit en viktig och återkommande aktivitet för Svensk Reumatologi.

ReumaBulletinen har också utvecklats som organ för Svensk Reumatologisk Förening. I samarbete med Mediahuset kommer bulletinen nu ut 7 gånger per år, och utgör en viktig informationskälla för Sveriges reumatologer och andra som samverkar med reumatologin på olika sätt, fr.a. Reumatikerförbundet och dess medlemmar.

Idag, dvs. år 2016, är vi drygt 250 reumatologspecialister i landet. SRF har gjort beräkningar att det optimala behovet av reumatologer i landet torde ligga på 5/100 000 invånare dvs. det bör enligt dessa beräkningar finnas ca 500 svenska reumatologer i tjänst. Den relativa bristen på reumatologspecialister i Sverige innebär att det således i dagsläget finns en viss underbemanning av reumatologer, vilket är ett relativt hot mot en fortsatt stark svensk reumatologisk utveckling.

Det reumatologiska Vårmötet, som sedan 80-talet oftast hållits i april månad, flyttades 2015 till i början av september, och har samtidigt utökats i antal dagar. Det kallas numera istället för "Reumaveckan" och är det nationella reumatologiska mötestillfälle som svensk reumatologi betraktar som sitt största. Även vetenskapliga presentationer och posters presenteras i kombination med inbjudna nationella och internationella föreläsare, samt mycket mer. Reumaveckan hålls i samarbete med många andra professioner – Föreningen Reumasjuksköterskor i Sverige (FRS), Svenskt Reuma Forum (SveReFo), Fysioterapeuterna, m. fl. – och inte minst med Sveriges största patientförening, Reumatikerförbundet (RF). Detta koncept har varit lyckosamt med ett stort antal mötesdeltagare, över 400 år 2015 i Tylösand utanför Halmstad.

Vi befinner oss nu mitt i en omdaningsperiod eller "medicinsk revolution" inom reumatologin. Det är en spännande tidsperiod och det är mycket som händer samtidigt, både inom forskningen och

organisatoriskt (nya IT-lösningar, e-hälsa, mm) och därmed också praktiskt kliniskt för målgruppen dvs. patienterna. Detta innebär många nya utmaningar, inte bara för reumatologin i Sverige utan även för svensk sjukvård i stort. Vi har idag patienter (och anhöriga) som är medvetna, kunniga, uppdaterade och som kräver delaktighet i besluten som rör deras hälsa, dvs. aktiv patientmedverkan. Denna typ av interaktivitet är delvis något nytt inom sjukvården. För 70 år sedan, i mitten på 40-talet, fanns inte detta tänkesätt på kartan. Då var läkaren en så pass bildad och högt uppsatt person som få utomstående kunde ifrågasätta.

En stor framtida utmaning är hur morgondagens patient(er) i det moderna och kommande informationssamhället ska kunna få god vård på sina villkor när nu den gamla, traditionella och konservativa hälso- och sjukvården genomgår stora förändringar mot en ny form där patienten är långt mer delaktig än tidigare och där avståndet mellan forskning, vård och patientmedverkan med nödvändighet kommer att minska. Detta är en av våra stora utmaningar inför de närmaste åren.

Ett professorskollegium, med landets professorer i reumatologi, bildades genom SRFs försorg 2005 och är en viktig och strategisk kraft inom svensk reumatologi. Om vi ska ha en fortsatt positiv utveckling av reumatologin i Sverige är det ytterst angeläget det finns ett fungerande och aktivt reumatologiskt professorsnätverk som driver utvecklingen tillsammans med SRF. Om SRF med vårdgivare och forskare inom svensk reumatologi kan upprätta en enad vision och riktning vad gäller klinik, forskning, undervisning och utveckling samt ha med patienterna i form av patientorganisationen för reumatiker (RF – Reumatikerförbundet) på denna resa och även bibehålla ett gott och balanserat samarbete med läkemedelsindustrin, då kommer vi kunna prata med en röst, och styrkan i denna röst, som ett enat Reumatologi Sverige har, ska inte underskattas.

FoUU organisation och status i Sverige 2016

Den akademiska situationen med basen för forskning och undervisning (utbildning, utveckling) är sedan mångårig svensk tradition lagd till universitetsorterna där reumatologiska forskningsenheter, knutna till de reumatologiska kliniska enheterna (egna kliniker eller enheter) finns vid alla universitet utom Örebro.

Eftersom sjukvården är organiserad under landstingen och forskningen under universiteten och staten, så är organisationen för å ena sidan sjukvård och å andra sidan forskning samt undervisning alltid åtskild. Det innebär också att ledarskapet för den kliniska respektive akademiska delen av reumatologin oftast är delat, något som ställer stora krav på samverkan och ömsesidig förståelse från dem som är ansvariga för de olika delarna. Detta har i stort fungerat bra inom reumatologin och denna samverkan är en viktig förklaring dels till att den reumatologiska forskningens resultat snabbt nått ut i reumatologisk vård, dels att den kliniska patientnära forskningen varit relativt framgångsrik inom reumatologin.

Flera andra utvecklingslinjer har varit viktiga för att den reumatologiska forskningen både har kunnat vara framgångsrik med de mått som används inom internationell forskning, och har kunnat få genomslag i den kliniska verksamheten.

En sådan linje har varit att parallellt utveckla flera olika samverkande forskningsområden såsom epidemiologi, klinisk forskning och läkemedelsutveckling samt translationell och molekylär forskning. Till skillnad från i många andra länder och specialiteter har dessa forskningsområden kunnat sammanfogas och individer med specialkunskaper inom epidemiologi, klinik och laboratorieforskning kunnat arbeta tillsammans i samma organisation och lösa gemensamma problem. Detta har bidragit till att svensk reumatologisk forskning har

kunnat utnyttja de unika svenska möjligheterna till uppföljnings- och registerforskning och sammanfogat denna forskning med kliniska och molekylära studier. Det är ofta denna samverkan som gett upphov till de mest uppskattade internationella bidragen från svensk reumatologi. Denna samverkan har också starkt bidragit till att resultat från både epidemiologi och translationell forskning snabbt kunnat komma till klinisk tillämpning.

En annan viktig del, är den samverkan med patienter och patientorganisationen (RF) som stärkts ytterligare under senare år. Denna samverkan, som skett bl.a. i det särskilda forskningsrådet som RF haft under många år, har inneburit att patienternas synpunkter kunnat beaktas i uppläggning och användning av forskning, och bidragit till ett starkt engagemang för forskning bland patienter och i patientorganisationen.

En ytterligare framgångsfaktor har varit den starka internationella inriktning som finns vid de flesta svenska reuma-forskningsenheterna, där duktiga forskare och forskarstuderande rekryteras från hela världen och där ett stort antal internationella samarbeten och även finansieringar har bidragit till att svensk reumatologisk forskning dels har ett stort globalt genomslag, dels att framstegen snabbt kommer till användning inom vårt lands gränser. Ett illustrativt exempel på detta är att Sverige var det land i Europa där de biologiska behandlingarna mot artrit först började användas i stor skala för många patienter.

Vad ligger framför oss och hur ska vi kunna förvalta möjligheterna?

Det viktigaste i planering för framtiden inom forskning, är att vara medveten om att vi inte vet och inte bör försöka förutsäga vad som kommer att ske. Forskning är per definition att arbeta i det okända. Men samtidigt vet vi att vi måste förbereda oss för de fortsatta stora förändringar och

möjligheter som ligger i kombinationen av patientmedverkan, storskalig användning av register och data, biobanker och den molekylära revolution som bara fortsätter och som tillåter oss att alltmer se in i och påverka alla de cellulära processer som skapar sjukdom och håller de flesta av oss friska så länge som möjligt. Det som bör göras är därmed välkänt:

- Utveckla samverkan mellan vård, forskning och patientmedverkan, och vidareutveckla de ”infrastrukturer” (register, biobanker, miljöer) som behövs för denna forskning.
- Rekrytera och behålla duktiga forskare och ge utvecklingsmöjligheter både för dem som kombinerar klinik och forskning och för heltidsforskare.
- Vara internationell, och delta i och utveckla de internationella nätverken.
- Utveckla både nyfikenhetsforskningen mot det nya och hålla vardagskontakt med de kliniska problemen.
- Se möjligheterna och skapa kreativa och tillåtande miljöer.

Om vi lyckas med dessa ting, så kommer framtiden för svensk reumatologisk forskning, för den vård som samverkar med denna forskning och för de patienter som ännu en tid råkar ut för reumatiska sjukdomar att förbättras till dess att vi efter hand lyckas förebygga och bota de flesta av dagens förekommande reumatiska sjukdomar, något som vi hoppas och tror kommer att ske.

Om 30 år, dvs. år 2046, då SRF firar 100 års jubileum

När SRF firar 100 års jubileum 2046 kommer vi fortfarande att ha många reumatolog-specialister i landet och därmed många ordinarie medlemmar i SRF som är en fortsatt aktiv och välmående förening, men vi reumatologer kommer förmodligen

att arbeta mer som infektionsläkarna gör idag, dvs. med att identifiera individer som har en begynnande reumatiska sjukdom och då sätta in riktad behandling som ofta, dock inte alltid, är botande. Större krav än idag kommer att finnas på kunskap om tidiga symptom, diagnostik och om de många olika behandlingarna som finns tillgängliga mot olika varianter av de reumatiska sjukdomarna. Vi kommer att ha helt andra möjligheter än idag till elektroniska beslutsstöd, vilka vi som regel delar med patienterna.

Sammantaget kommer reumatologin också om 30 år att vara en spännande och ofärdig specialitet, där forskning, vård och framför allt prevention går hand i hand. Organisatoriskt, så är indelningen länsvis med 21 sjukvårdsregioner definitivt historia och sjukvård bedrivs i hög grad internationellt med kommunicerande journalsystem, där patienterna själva i hög grad styr var de önskar få sin vård, med hela världens sjukhus och sjukvård som tänkbar vårdgivare. Om svensk reumatologi fortsätter att utvecklas på inslagen linje och på ett positivt sätt, så kommer vi i Sverige vara några av dem som levererar denna kunskapsbaserade internationella sjukvård, och vi kan på det sättet fortsätta att skapa resurser och kunskap för prevention och behandling på allra högsta nivå, mot reumatism i Sverige.

Förteckning över ordförande och sekreterare i Svensk Reumatologisk Förening

Anm. Här följer en fullständig förteckning över ordförande och sekreterare i SRF under 70 år. Styrelsen har bestått av 5-7 personer med olika uppgifter. Utöver ordförande och sekreterare har styrelsen bestått av vice ordförande, kassör och

ungreläkarerepresentant. En speciell funktion som utbildningsansvarig tillkom år 2003. Styrelsens arbete genomsyras av ett gemensamt ansvarstagande. Fullständiga data för de andra befattningshavarna från år 1946 och framåt har inte kunnat fås fram.

Ordförande

1946-48	Gunnar Kahlmeter
1949-51	Fredrik Sundelin
1952	Robert Engström
1953	Eric Jonsson
1954	Gunnar Edström
1955	Werner Olsson
1956	Gunnar Edström
1957	Börje Olhagen
1958	Fredrik Sundelin
1959	Curt Ekelund
1960	Gunnar Edström
1961	Börje Olhagen
1962	Eric Jonsson
1963	Gunnar Edström
1964	Börje Olhagen
1965	Olof (Olle) Lövgren
1966	Nils Egelius
1967-69	Börje Olhagen
1970	Kåre Berglund
1971	Per Olof Gedda
1972	Börje Olhagen
1973	Erik Nettelbladt
1974	Helge Hedberg
1975-77	Olle Strandberg
1978	Frans Erik Berglöf
1979-82	Olof (Olle) Lövgren
1983-84	Ragnhild Gullberg
1985	Björn Svensson
1986-90	Anders Bjelle
1991-94	Ola Nived
1995-98	Nils Feltelius
1999-00	Ingrid Lundberg
2001-02	Marie Vallgård
2003-09	Tomas Bremell
2010-11	Johan Bratt
2012-16	Ralph Nisell

Sekreterare

1946-49	Eric Jonsson
1950-52	Gunnar Nyström
1953-63	Olof (Olle) Lövgren
1964-66	Kåre Berglund
1967-72	Ragnhild Gullberg
1973-75	Lars Forsman
1976-77	Anders Bjelle
1978-80	Rolf Nordemar

Bitr.sekr. för handläggning av riksstämmeärenden

1976-79	Lars Forsman
---------	--------------

Facklig sekreterare

1981-84	Alf Elman
1985-91	Ido Leden
1992-95	Lars Peter Knutsson
1996-99	Jörgen Lysholm
2000-03	Per Uddenfelt
2004-09	Annika Teleman
2010-12	Per Salomonsson
2013-	Gerd-Marie Alenius

Vetenskaplig sekreterare

1981-87	Ingiäld Hafström
1988-93	Anna Engström-Laurent
1994-98	Ingrid Lundberg
1999-02	Hans Carlsten
2003-06	Ronald van Vollenhoven
2007	Ralph Nisell
2007	Solveig Wällberg Jonsson
2008-11	Carl Turesson
2012-13	Anna Rudin
2014-16	Christoffer Sjövall

Hedersledamöter Svensk Reumatologisk förening

SRF startade sin verksamhet våren 1946. Föreningens första stadgar är daterade 1946-06-04. Härei sägs inget om hedersledamöter (HL). I senare utgivna och reviderade stadgar inskrevs denna möjlighet. I nuvarande stadgar § 3 sägs: ”Till hedersledamot kan styrelsen årligen utse svensk eller

utländsk person vars insatser varit av stor betydelse för utvecklingen inom reumatologi. För val av hedersledamot fordras en enhällig styrelse. Val av hedersledamot presenteras och uppmärksammas vid nästkommande årsmöte.

Hedersledamöter i SRF (i bokstavsordning)

Bagge, Jan 2014
Berglund, Kåre årsmötesprotokoll (åp) 1984-11-29 § 7.
Bjelle, Anders åp 1996-11-28 § 8.
Brattström, Håkan åp 1997-11-27 § 8.
Brattström, Merete som ovan
Carlsson, Hans 2005
Domeij-Nyberg, Britta åp 1992-11-26 § 15
Edström, Gunnar åp 1977-11-30 § 12
Enman, Yvonne 2007
Forsman, Lars åp 1992-11-25 § 13
Goobar, Julio 2006
Graudal, Hans styrelseprotokoll (sp) 1982-05-27 § 6
Gullberg, Ragnhild sp 1992-09-18 § 14
Hafström, Ingjald 2010
(Hughes, Graham corresponding member, se brödtext)
Isomäki, Heikki, se Graudal
Jonsson, Eric åp 1986-12-04 § 13
Kahlmeter, Gunnar 1948-12-08
Kåss, Erik, se Graudal
Leden, Ido 2015
Lorenzen, Ib, se Graudal
Lundblad, Per 2013
Lövgren, Olle åp 1994-11-29 § 7
Munthe, Eimar, se Graudal
Norberg, René sp 1991-10-16 § 13
Nordenskiöld, Ulla 2005
Olhagen, Börje åp 1984-11-290 § 7
Remme, Eiler 1999 enl AT
Rydholm, Urban 2012
Sjögren, Henrik åp 1976-12-02 § 15
Svantesson Zymler, Helena 2009
Svartz, Nanna åp 1977-11-30 § 12
Svensson, Björn åp 1999-12-01 § 15
Wegelius, Otto, se Graudal
Wollheim, Frank åp 1997-11-27 § 8
Öhrsvik, Lena 2004

Hedersledamöter i SRF (kronologi)

1948 – Kahlmeter, Gunnar
1976 – Sjögren, Henrik
1977:1 – Edström, Gunnar
1977:2 – Svartz, Nanna
1982:1 – Graudal, Hans
1982:2 – Isomäki, Heikki
1982:3 – Kåss, Erik
1982:4 – Lorenzen, Ib
1982:5 – Munthe, Eimar
1982:6 – Wegelius, Otto
1984:1 – Berglund, Kåre
1984:2 – Olhagen, Börje
1985 – Jonsson, Eric
1991 – Norberg, René
1992:1 – Domeij-Nyberg, Britta
1992:2 – Forsman, Lars
1992:3 – Gullberg, Ragnhild
1994 – Lövgren, Olle
1996 – Bjelle, Anders
1997:1 – Brattström, Håkan
1997:2 – Brattström, Merete
1997:3 – Wollheim, Frank
1999:1 – Remme, Eiler
1999:2 – Svensson, Björn
2004 – Öhrsvik, Lena
2005:1 – Carlsson, Hans
2005:2 – Nordenskiöld, Ulla
2006 – Goobar, Julio
2007 – Enman, Yvonne
2009 – Svantesson Zymler, Helena
2010 – Hafström, Ingjald
2012 – Rydholm, Urban
2013 – Per Lundblad
2014 – Jan Bagge
2015 – Ido Leden

Ledstjärnor Svensk Reumatologisk förening

SRF:s styrelse beslöt år 2000 att inrätta/utdelas en ny utmärkelse kallad *Årets Ledstjärna*.

I nuvarande stadgar § 3 sägs: ”Till Ledstjärna kan styrelsen årligen uppmärksamma reumatolog i Sverige, som varit förebild och verkat på ett efterföljansvärt sätt. Styrelsen tillkännager sitt beslut vid årsmötet, då diplom utdelas”.

Följande har utnämnts:

- 2000 Bengt Lindell
- 2001 Staffan Lindblad
- 2002 Lars Sköldstam
- 2003 Ido Leden
- 2004 Lisbet Söderlund
- 2005 Tomas Weitoft
- 2006 Jörgen Lysholm
- 2007 Lena Björnådal
- 2008 Roger Hesselstrand
- 2009 Ola Börjesson
- 2010 Milad Rizk
- 2011 Tomas Bremell
- 2012 Eva Baecklund
- 2013 Sofia Ernestam
- 2014 Ann-Marie Calander
- 2015 Per Eriksson

Förteckning över Reumatologkongresser som arrangerats i Sverige

Internationella

ILAR (International League Against Rheumatism)

1936 V:e ILAR Lund-Stockholm President: Sven Ingvar, Lund
Generalsekr: Gunnar Kahlmeter, Stockholm

Europeiska

EULAR (European League Against Rheumatism)

1963 V:e EULAR Stockholm President: Gunnar Edström, Lund
Generalsekr: L. Michotte, Belgien
2002 3dje årliga EULAR Stockholm President: Lars Klareskog
Generalsekr: ej tillsatt

Nordiska

1948 II Nordiska Stockholm President: Gunnar Edström
Generalsekr: Eric Jonsson
1956 VI Nordiska Lund President: Gunnar Edström
Generalsekr: Karl Emil Thulin
1964 X Nordiska Lund President: Gunnar Edström
Generalsekr: Karl Emil Thulin
1972 XIV Nordiska Ronneby President: Börje Olhagen
Generalsekr: Ragnhild Gullberg
1982 XIX Nordiska Djurö, Stockholm President: Olof (Olle) Lövgren
Generalsekr: Rolf Nordemar
1992 XXIV Nordiska Malmö-Lund President: Frank Wollheim
Generalsekr: Ola Nived
2004 XXX Nordiska Göteborg President: Tomas Bremell
Generalsekr: Andrej Tarkowski
2014 XXXV Nordiska Stockholm President: Ingrid Lundberg
Generalsekr: ej tillsatt

Litteratur för vidareläsning

- Brewerton D. All about arthritis Past Present Future. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 1992.
- Copeman W.S.C. A short history of Gout. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1964.
- Engström-Laurent A, Klareskog L, Leden I. RA - Igår, idag, imorgon. Södertälje, Trosa tryckeri AB, 1994.
- Leden I. Guld - en kultur- och medicinhistorisk betraktelse. Halmstad: Civilen 1988.
- Leden I. Reumatologins historia. I: Reumatologi. Engström-Laurent A, Leden I, Nived O, Sturfelt G, (red). Stockholm: Liber Utbildning AB, 1994.
- Leden I. Reumatologin – föregångsspecialitet. Tidigt ute med lagarbete i rutinsjukvården. Läkartidningen 1995; 92:1383-88.
- Leden I. Ledsjukdomar. I: Bennike P, Iregren E, Lynnerup N red. Laerebog i biologisk antropologi og humanosteologi. Köpenhamn: Gyldendal 2008: 359 – 368.
- Leden I. Sektionen för reumatologi – Riksstämmans stöttepelare. I: Edling C, red. Svenska Läkaresällskapet 200 år. Sällskapet historia 1958 – 2008. Stockholm: Selin & Partner förlag 2008: 233-58 (ISBN: 978-91-977167-3-4).
- Leden I. Reumatologins historia. I: Lärobok i Reumatologi. Klareskog L, Saxne T, Enman Y, (red). Lund: Studentlitteratur 2011: 25 – 32.
- Munthe E, Larsen Ø. Revmatisme gamle plager – ny viten. Oslo: Tano, 1987.
- Jubileumsbok. Riksförbundet mot Reumatism 50 år 1945-95. Från välgörenhet till rättighet. Falun: Falu bokproduktion, 1995.
- Jubileumsbok. Svensk Reumatologisk Förening 50 år. Leden I, Nived O, (red). Oskarshamn: Ab Primo, 1996.
- Jubileumsbok. Nordisk Reumatologisk Förening 50 år. Leden I Nived O, (red). Malmö: OD grafik AB, 1996.
- Jubileumsbok. Spenshult 1913 – 2003. Miljöns läkande kraft – mot allhärjare och folkförstörare. Emmaboda: Åkessons tryckeri AB, 2003.
- Jubileumsbok SRF 70 år. Reumatologins rötter – bidrag från Historia med Ido. Stad: tryckeri 2016.
- Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet Årsskrift 2013. Ledord. Ortopedi, Reumatologi. Helsingborg: Elvins grafiska AB, 2013.

Författare till avsnitt/kapitel i SRF jubileumsbok: SRF 70 år

Bremell Tomas, docent reumatologi, Göteborg

Gröndal Gerdur, professor reumatologi, Reykjavik, Island

Juul Lars, överläkare reumatologi, Gentofte, Danmark

Kahlmeter Gunnar, docent, Växjö, adjungerad professor i klinisk bakteriologi, Uppsala

Klareskog Lars, senior professor reumatologi, KI, Stockholm

Leden Ido, senior reumatolog, Kristianstad

Lindell Bengt, senior reumatolog, Kalmar

Lundberg Ingrid, professor reumatologi, KI, Stockholm

Mörck Boel, överläkare reumatologi, verksamhetschef, Göteborg

Nisell Ralph, MD PhD, Stockholm

Nived, Ola, docent reumatologi, Lund

Pettersson Tom, professor h.c., Helsingfors, Finland

Rødevand Erik, avdelningsöverläkare, Trondheim, Norge

Turesson Carl, docent reumatologi, Malmö

Wollheim Frank, professor em reumatologi, Lund

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) fyller 70 år i år 2016.
Denna bok består av ett antal artiklar som belyser framväxten av specialiteten reumatologi och svensk reumatologis organisatoriska utveckling.
Boken innehåller skildringar om pionjärer – Gunnar Kahlmeter och Nanna Svartz – och byggare – såsom t.ex. Börje Olhagen, Olle Lövgren och Kåre Berglund.
Ett avsnitt om internationella kongresser i Sverige belyser träffande den medicinska utvecklingen under dessa 70 år.
I ett annat avsnitt delar våra nordiska grannländer med sig av sina erfarenheter.
I sista fjärdedelen finns artiklar om specialitetsstriden 2002-2005, bemanningsutveckling under 2000-talet och framtiden för svensk reumatologi.
Bland författarna finns bl.a. Ido Leden, Frank Wollheim, Tomas Bremell och Ralph Nisell.

ISBN 978-91-87514-44-9



9 789187 514449 >