

Reuma Bulletin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK REUMATOLOGISK FÖRENING • NUMMER 104 • 3/2015



ST-tema
Framtidens rehab
Läkarbemanning 2015



ReumaBulletinen

ReumaBulletinen är Svensk Reumatologisk Förenings tidskrift och utkommer med sju nummer per år

Ansvarig utgivare	Ralph Nisell Reumatologiska kliniken Karolinska Universitetssjh 171 76 Stockholm Tel 08-517 760 93 ralph.nisell@karolinska.se
Redaktör	Tomas Bremell Reumatologi Sahlgrenska Universitetssjh Gröna Stråket 12 413 45 Göteborg Tel 031-342 33 78 tomas.bremell@vgregion.se
Red.medlemmar	Ido Leden ido.leden@telia.com Bengt Lindell bengt@lindell.cc Milad Rizk milad.rizk@ltv.se Ioannis Parodis ioannis.parodis@karolinska.se
Produktion	Mediahuset i Göteborg AB Marieholmsgatan 10C 415 02 Göteborg www.mediahuset.se Tel 031-7071930
Annonser	Dan Johansson dan@mediahuset.se Olle Lundblad olle@mediahuset.se
Layout	Eva-Lotta Emilsdotter lotta@mediahuset.se
Tryck	ÅkessonBerg AB Box 148 361 22 Emmaboda www.akessonberg.se
Distribution	Distribueras som posttidning ISSN 2000-2246 (Print) ISSN 2001-8061 (Online)

Utgivningsplan 2015

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1 RB	30 januari	26 februari
Nr 2 RB Vetenskap	13 mars	15 april
Nr 3 RB	23 april	27 maj
Nr 4 RB	8 juni	3 juli
Nr 5 RB	11 september	16 oktober
Nr 6 RB Vetenskap	23 oktober	26 november
Nr 7 RB	11 november	18 december



Innehåll • 3/2015

- 3 Redaktören har ordet
- 4 Brev från ordföranden
- 5 Brev från vetenskapliga sekreteraren
- 6 Studierektorsinternat i Uppsala
- 7 Reumadagarnas posterutställning
- 8 RULe vill locka reumatologer att bli ledare och chef
- 11 Ett ambitiöst initiativ
- 12 Framtidens vård måste utgå från sammanhang

ST-TEMA

- 14 Odysseus irrfärder
- 15 Nationella ST-dagarna
- 18 Ny specialitetsförordning
- 20 ST-utbildningen - styrkor och svagheter
- 22 Stort forskningsintresse bland ST-läkare

- 25 Ioannis krönika
- 26 Katerinas Cartoon

Rehabilitering i framtiden

- 28 Framtidens reumarehab - e-rehab!
- 30 Hälsöfrämjande fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom

- 32 SRFs engagemang i Almedalen ökar
- 34 Läkarbemanning för reumatologi 2015
- 38 Historia med Ido - Eponymer del 7
- 40 Månadens reumatologenhet
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- 44 Aktuell avhandling
- 46 Ur vardagen
- 48 Reumakalender

Omslagsbild: Barken Viking förtöjd vid Lilla Bommen i Göteborg. Barken Viking är en fyrmastad bark, ett så kallat poopdäcksfartyg, som numera ligger permanent förtöjd vid Lilla Bommen i Göteborg. Fartyget sjösattes 1 december 1906. Viking såldes den 1 januari 1993 för 1 krona till Utbildningsförvaltningen i Göteborg. Vikings Vänförening bildades i slutet av maj 1995. Under senare år har fartyget arrenderats ut som hotel och kaféörelse. Ny arrendator sedan 2015 är även mittback i fotbollsallsvenskan.

Redaktören har ordet

Här kommer nr 3/2015 av ReumaBulletinen. Ett mycket fylligt nummer med såväl ST-tema som två mycket intressanta artiklar om framtidens reuma-rehab.

Elisabet Lindqvist drar spännande framtidsvisioner om fr.a. patientundervisning och utbildning via internet och filmer som borde göras nationellt och gemensamt med Reumatikerförbundet. Christina Opava berättar om studier som hennes grupp gjort med coachning och utlokalisering av fysisk träning till gym. Båda artiklarna är spännande och nytänkande. Båda artikelförfattarna diskuterar också den socio-ekonomiska aspekten - dvs hur få de icemotiverade patienterna delaktiga.

ST-temat innehåller ST-krönika signerad Anders Lind och Yulia Stennikova berättar om den nya specialitetsförordningen som börjat gälla. Martina Frodlund rapporterar från de nationella ST-dagarna i Linköping med fokus på ultraljud - en riktigt Linköpingsspecialitet. Tomas Bremell och Annika Telemann visar på SPUR-arbetet och redovisar de vanligaste förtjänsterna och svagheterna i ST-utbildningen som SPUR-inspektörerna möter. ST-läkarnas intresse för forskning är stort - även på länsjukhus - vilket visas i en enkät som Christopher Sjöwall initierat. Jag tror på en akademisering av länsjukhus pga digitalisering, utlokalisering av läkarutbildning, nationella patientregister som möjliggör stora patientkohorter även på länsjukhusen och tillskapandet av de mindre universiteterna. Vi kommer nog att få två typer av länsjukhus - de med läkarstudenter, universitetslektorer och forskning (fr.a. kli-

nisk) dvs. "Länsjukhus 2.0" och de andra "vanliga" länsjukhusen. Reumatologin har fina förutsättningar att ligga i framkant ute på länsjukhusen när olika typer av forsknings- och undervisningstjänster tillsätts.

Registerrådet/ARTIS m.fl. bör ta chansen att ta tillvara forskningsintresset hos våra ST-läkare även på länsjukhusen. Vetenskapliga arbetet under ST kan här utgöra en ingångsport.

Nya Karolinska Solna finns aktualiserat i såväl Katerinas Cartoon som i Ioannis krönika.

Historia med Ido fortsätter med eponymer. Snart är alfabetet genomgånget. Och

"SRF fyller 70 år 2016 vilket vi firar med en jubileumsbok"

vidare artiklar om olika ämnen strömmar in till Ido.

Läkarbemanningenkäten 2015 redovisas och kommenteras. För första gången har vi mer än 100 ST-läkare. Det stora nytillskottet kräver kanske fler kursplatser på våra SK-kurser.

Månadens reumatologienhet är Reumatologi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Boel Mörck beskriver uttömmande kliniskens arbete och förutsättningar. Och utan att klaga - tvärtom andas berättelsen optimism och framtidsanda. Turen har alltså kommit till universitetssjukhusen att presentera sig. Bengt Lindell ansvarar för att detta sker.

Ur vardagen (ansvarig Ioannis Parodis) visar på ett spännande fall från Stockholm

av Kristina Bellander och Babylonia Tibert.

Från styrelsen kommer ledare, brev från vetenskaplige sekr och utbildningsansvarige. Bl.a. finns redogjort för en reumastudierektorkonferens denna gång i Uppsala - ett arrangemang som är tänkt att återkomma årligen. Eva Nordin rapporterar från SRFs ledarskapsutbildning - RULe på upptaktsmötet i Göteborg. Här kommer nog en fortsättning av rapporter. Under det andra internatet i Skåne rapporteras att MFF:s tränare Åge Hareide föreläste.

Inför 2016 då SRF fyller 70 år planeras en jubileumsbok och vidare en samlingsvolym av Historia med Ido. Detta omfattande arbete leds av Bengt Lindell, Ido Leden och Tomas Bremell.

Redaktionen för ReumaBulletinen samlas till årligt möte i Fjällbacka 1-2 juni för att planera kommande årets nummer av ReumaBulletinen och för böckerna. Redaktionen för RB VETENSKAP gör sammalades. ReumaBulletinen nr 4/2015 kommer att utgöras av Reumadags-numret med program och abstracts. Detta nummer beräknas utkomma i slutet av juni.

Jag vill önska alla en bra sommar!



Tomas Bremell

Antagna vid styrelsemötet 2015-03-18

Ordinarie medlemmar:

Boris Kan	Stockholm
Mohamed Hameed	Malmö
Cristina Maglio	Göteborg
Dimosthenis Stoupas	Karlstad
Zuhur Hadi	Göteborg
Kajsa Stubendorff	Skövde

Nya associerade medlemmar:

Firoozeh Amirbeagi	Göteborg
Yogan Kisten	Stockholm
Klas Eliasson	Kista

Antagna vid styrelsemötet 2015-05-06

Ordinarie medlemmar:

Sara Johansson	Stockholm
Hussein Hussein	Västerås

Nya associerade medlemmar:

Philip Wallin	Linköping
Maria Bergquist	Göteborg
Miriam Hedin Yangbyn	Stockholm
Andrea Kern	Järfälla
Martin Johansson	Solna
Lena Svelander	Rönninge
Lena Toft	Stockholm
Lina Torstensson	Stockholm
Helene Degerlund	Kungsbacka
Camilla Lindvall	Ekerö

Vad är det som saknas?

Denna vår år 2015 känns det på ett sätt annorlunda än tidigare vårar. Det är någotsom saknas. Jag tänker inte på vårvärmen, vårblommorna eller de sköna vårcykelturerna.

Allt detta finns här även i år. Det är något annat som fattas. Under alla mina verksamma år inom svensk reumatologi, dvs sedan början av 90-talet, har vi reumatologer i Sverige denna tid på året lockats till ett nationellt "Reumatologiskt Vårmöte" som regel i april. Men i år är det under denna period i detta avseende tomt i almanackan. Det känns konstigt. Tiderna ändras och vi anpassar oss.

Reumadagarna

Från och med 2015 ordnar vi istället inom svensk reumatologi de så kallade Reumadagarna som infaller i början av september, och först ut att hålla i och arrangera dessa dagar blir nystartade Reumatologi Halland (tillsammans med SRF) i natursköna Tylösand strax utanför Halmstad. Jag ser fram emot detta möte, det ska bli spännande och intressant att se hur Reumadagarna i september fungerar och tas emot i Reuma-Sverige, inte bara bland läkare och reumatologer, utan även bland sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, patientrepresentanter och övriga intresserade i Vård-Sverige, samt dessutom förstås industrin med läkemedelsföretagsanställda och andra företag kopplade eller intresserade av svensk reumatologi.

Men innan dessa Reumadagar har vi i SRF andra saker som händer. Jag tänker i första hand på Fjällbacka internatet där styrelsen och Reumabulletin-redaktionerna träffas i månadsskiftet maj-juni och diskuterar stra-

teger, framtiden mm. Möte med norska reuma-styrelsen finns på programmet vilket blir en form av repris från förra året då diskussionerna och utbytet med dem föll väl ut.

Vi kan lära av norska erfarenheter och de i sin tur kan ha glädje av att ta del av svenska initiativ, tankar och aktiviteter.

SRF fyller 70 år nästa år, 2016, och planeringen hur detta ska firas pågår och kommer ta än mer fart inom kort. En historisk jubileumsbok är under framtagande med tre kända och väl meriterade SRFare som redaktörer (Ido Leden, Tomas Bremell och Bengt Lindell) som leder arbetet förtjänstfullt. Denna skrift förväntas bli en svensk reumatologisk klassiker av hög rang!

"Många spännande reumatologiska aktiviteter och program i år"

Eular i Rom

Två veckor in i juni går Eular av stapeln i Rom med - som vanligt - många spännande reumatologiska aktiviteter och program.

Denna populära europeiska kongress, som under senare år blivit lika stor som dess amerikanska motsvarighet ACR, lär även i år samla uppemot 14.000 deltagare.

Förmodligen finns det en uppenbar risk att det blir betydligt färre närvarande svenska reumatologer än tidigare år på grund av nya LIF-regler som gäller från årsskiftet avseende begränsning av industristöd till enskilda läkare i samband med utbildningar och kongressdeltagande. Vi (SRF) kommer att utvärdera detta mer framöver men planerar att ha intresseväckande post-Eular

presentationer under Reumadagarna på fredagen i Tylösand (dvs på fm den 4/9).

Även en post ACR dag planeras i SRFs regi tillsammans med Dagens Medicin just före Riksstämman, som således i år kommer att äga rum första veckan i december (v 49).

SRF är på plats i Almedalen

I Almedalen och Visby i sommar, närmare bestämt i månadsskiftet juni-juli under vecka 27, kommer SRF återigen vara på plats och denna gång kommer vi att vara med och arrangera två seminarier tillsammans med Reumatikerförbundet, dels ett om biosimilarer och ekonomi (tisdag fm den 30/6), dels ett om livsstil och levnadsvanor (torsdag lunch-tid den 2/6). Biosimilarnas introduktion på den svenska marknaden diskuteras för fullt för närvarande och konsekvenserna blir spännande att följa. Först ut är infliximab-similarer som nu 2015 redan förskrivs och snart därefter väntas etanercept-similarer. SRF och vårt kvalitetsregister, SRQ (+ ARTIS), tillsammans med Reumatikerförbundet och Läke-medelsverket m fl kommer att spela viktiga roller i användandet och utvärderingen av biosimilarnas effekter och säkerhetsprofiler.

Ja, detta var lite vad som händer inom SRF just nu och närmaste tiden framöver, dvs det är full aktivitet, som vanligt skulle man också kunna säga. Nu när jag skrivit denna ledare klart känns det också mer som vanligt denna vår, när jag tittar ut genom fönstret har björkarna börjat få sina musöron till blad, gräset börjar växa på marken och ser riktigt grönt och nästan lite långhårigt ut, körsbärsträden blommar (jag ser dock inte några men vet att så är fallet) och allting spirar förväntansfullt.

Om inte tidigare, så hoppas jag att vi åtminstone ses på Reumadagarna i Tylösand direkt efter sommaren, och innan dess önskar jag dig och alla en riktigt skön reuma-vår och sommar!



Ralph Nisell
Ordförande SRF

Visst är Sveriges ST-läkare i reumatologi forskningsintresserade!

Våren ger sig till känna mer och mer för var dag under tiden jag sammanställer dessa rader. Detta nummer av *Reumabulletinen* har ST-tema och vad passar då bättre än att presentera resultaten från den ST-enkät som utbildningsansvariga och vetenskaplig sekreterare satt samman och arbetat med under vintern. Och visst, resultaten visar att Sveriges ST-läkare i reumatologi är nyfikna på, och vill forska! Extra glädjande är att denna vilja även verkar finnas utanför regions- och universitetssjukhusen.

ett utmärkt sätt att presentera sin egen forskning och ta del av ny svensk reumatologisk forskning – för ST-läkare och andra – är att anmäla sig till Reumadagarna i Tylösand den 1-4 september. Mötets vetenskapliga program har ett brett utbud med flera internationella gäster och vi hoppas kunna slå rekord i antalet deltagare och abstract-bidrag.

Reumadagarnas vetenskapliga programkommitté har bråda dagar under våren för att spika de sista programpunkterna till höstens stora möte i Tylösand. Ambitionen har varit att erbjuda ett brett utbud av programpunkter med hög kvalitet. Årets Nanna Svartz-föreläsare (i år blir det bara en!) är en uppskattad europeisk talare med brett register och mycket imponerande publikationslista. Missa inte detta under tisdag eftermiddag! Under onsdagen ligger temasymposier som kommer att ta upp olika aspekter på diagnoserna gikt, myosit och reumatoid artrit. Nytt för i år är att vi även inbjudit läkemedelsbolagen till att hålla satellitsymposier vilka kommer att ligga tidigt onsdag och torsdag morgon. Ingen tid för sovmorgnar, således! Torsdagens program innehåller presentationer av årets abstract-bidrag, prisutdelningar samt smakprov från det senaste årets avhandlingar inom svensk reumatologi. Fredagen har utbildningstema och innehåller bl.a. en summering av viktiga resultat som presenterats på Eular i Rom under juni (post-Eular summering).

Nya stipendier 2015

Som jag tidigare nämnt har flera läkemedelsbolag valt att säga upp sina avtal med SRF om samarbeten kring finansiellt stöd till stipendier. Inom SRF har vi kontinuerligt sökt nya lösningar för att på olika sätt kunna stödja och uppmuntra, framförallt

unga, forskare inom reumatologi. Vid sidan av *Svensk Reumatologisk Förenings stipendium till Andrzej Tarkowskis minne* som inte finansieras av läkemedelsbolag, kan vi nu presentera två helt nya stipendier riktade till yngre forskare.

SRF uppskattar samarbetet med Roche och den gemensamma utlysningen av *Reumatologistipendium 2015* som tilldelas sökande som bedriver kliniskt relevanta och patientnära forskningsprojekt inom området för reumatiska sjukdomar vilka syftar till att öka förstäelsen för, och kunskapen

”...vi kan nu presentera två helt nya stipendier riktade till yngre forskare”

om, reumatiska sjukdomar ur ett patientperspektiv.

Likaså är SRF tacksamma för det nya samarbetet med Celgene och den gemensamma utlysningen av *Celgenes stipendium för samarbetsprojekt inom reumatologi 2015*. Med detta stipendium vill vi uppmuntra till ökat samarbete och erfarenhetsutbyte kring patienter med reumatisk sjukdom mellan olika specialiteter för att främja en mer holistisk syn. Sista ansökningsdag är den 7 juni, besök SRF:s hemsida för detaljer!

Enkät bekräftar ST-läkares intresse för forskning

På ett annat ställe i detta nummer kan man ta del av resultatet av den inventering av forskningsintresse hos ST-läkare i reumatologi som gjorts av utbildningsansvariga och vetenskaplig sekreterare. Vi vill passa på att rikta ett stort tack till alla ST-läkare som fyllt i enkäten!

Det har länge funnits en mer eller mindre befogad oro vid lärosätena över att för få läkare väljer att forska. Kanske är reumatologi ett undantag? Det förefaller emellertid inte saknas intresse för forskning hos Sveriges ST-läkare i reumatologi, oavsett om man befinner sig på regions-/universitetssjukhus eller läns-/länssjukhus. Nästa fråga är naturligtvis hur detta intresse omhändertas och vilka resurser som avsätts. För att besvara dessa frågor, samt undersöka hur intresset utvecklas över tid, avser vi att följa upp dessa resultat med återkommande enkäter.

Eular och Riksstämman

När detta nummer av *Reumabulletinen* når Er är det bara en dryg vecka kvar till Eular i Rom (10-14 juni). Detta blir det första stora reumatologmöte där läkemedelsbolagen inte har möjlighet att stödja huvudmannen med resa och kongressavgift. Det ska bli intressant att se vilken påverkan detta får på intresse och möjlighet för svenska reumatologer att besöka Eular. På grund av det nya LIF-avtalet fattade SRF beslut om att utöka antalet resestipendier till ordinarie medlemmar. Flera mottagare av årets resestipendier angav att de avsåg resa till Eular.

Trots att antalet deltagare på Riksstämman stadigt minskat under senare år kommer SRF att finnas med även i år (3-4 december). Våra förslag om symposier kring gikt respektive njurbipsi vid inflammatorisk systemsjukdom har accepterats av Läkaresällskapet. Jag ber att få återkomma med fler detaljer om programmet senare i höst!

SRF i Almedalen

SRF kommer även i år att i tillsammans med Reumatikerförbundet arrangera seminarier under Almedalsveckan i Visby (vecka 27). Rubrik på det första av våra seminarier är *Värdeskapande behandling vid inflammatoriska sjukdomar?* som ligger den 30 juni. Ett hett ämne som kommer att debatteras är användning av biosimilärer. Sedan ett par månader tillbaka finns möjlighet att ordinaera infliximab biosimilar till våra patienter i Sverige, och fler biosimilärer förefaller vara på ingång inom mycket snar framtid. Detta är en intressant utveckling som SRF, och särskilt biosimilargruppen, följer. Data på ”switch” från infliximab till biosimilar kommer med all sannolikhet att presenteras på Eular och resultat från Tore Kviens ”NOR-SWITCH” är att vänta under 2016. Strukturerad uppföljning med registrering i SRQ – och gärna anslutning till SRQs biobank – är, och kommer att vara, ett fantastiskt redskap för oss i Sverige att utvärdera säkerhet och effekt av (inte bara den första, utan även kommande) biosimilärer.

Glöm nu inte att gå in på hemsidan och anmäl Er till SRF:s Reumadagar i Tylösand den 1-4 september!

Christopher Sjöwall
Vetenskaplig sekreterare
christopher.sjowall@liu.se

Studierektorsinternat i Uppsala mars 2015

En regional ST-studierektorfunktion började planeras inom Svensk Reumatologisk Förening (SRF) redan 2003 och lanserades under 2004. Den regionala uppdelningen motsvarade de sex stora sjukvårdsregionerna utgående från de sex dåvarande universitetssjukhusen (Lund, Göteborg, Linköping, Stockholm, Uppsala och Umeå).

Funktionen innebar ett ökat ansvarstagande från regionsjukhusets sida gentemot ST läkare i omgivande region, och syftet naturligtvis att i görligaste mån se till att ST blockets utformning och innehåll blev så likvärdigt som möjligt över landet. Dessutom skulle de regionala studierektorerna ordna regelbunden regional utbildning för "sina" ST läkare, medverka i nationella ST dagar och vid behov att stödja individuella ST läkare i utformningen av kontrakt och kliniska placeringar för att målbeskrivning och erforderlig kompetens inom reumatologi specialiteten skulle kunna uppnås.

Sammanfattningsvis kan sägas att SRF ställer höga krav på de regionala studierektorerna och uppdraget kan bli ganska omfattande. Vi upplevde därför att det var på sin plats, och hög tid, att SRF också bistod med adekvat utbildning för uppdraget! Detta tedde sig ändå viktigare eftersom i den nya målbeskrivningen för ST, som lanseras maj 2015, är studierektorns roll och betydelse påtagligt mer betonad än tidigare. Dessutom har flera regioner utsett nya studierektorer, och vissa sjukhus har valt att dessutom ha klinikanslutna studierektorer, så tidpunkten för en utbildning kändes perfekt!

Efter att ha inventerat intresset bland studierektorerna, fått styrelsens stöd och de ekonomiska förutsättningarna, planerade ett dygnslågt internat för regionala och lokala studierektorer. Internatformen kändes självklara då vi såg att erfarenhetsutbyte och diskussioner under samvaro sannolikt hade nog så stort värde som faktisk utbildning.

Huvudnumret för utbildningen blev en fantastisk pedagogisk och intresseväckande genomgång av nya målbeskrivningen av Christina Halford, som är övergripande ST-studierektor på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Christinas gedigna kunskaper och djupa intresse för utbildning gjorde henne till en perfekt förmedlare av målbeskriv-



ningens bakgrund, syfte och de konkreta förändringar studierektorerna behöver känna till. Annika Telemann, "förste SPUR-are" beskrev sedan SPUR inspektionernas

"Höga krav på de regionala studierektorerna"

historik och framtid; viktigt då studierektorernas roll före och under inspektionerna är så betydande. Efter diskussion och tid för en promenad i kyligt men vackert vårväder var det dags för middag i Markan, den fina matsalen från tiden då Eklundshof tillhörde Uppsala regemente.

Följande dag genomfördes genomgång av nya målbeskrivningen vad gäller reumatologin, det nya förfarandet kring socialstyrelsens upphandling av SK kurser och planerade SK-kurser närmaste åren.

Som avslut berättade Johan Karlsson, fd yngre läkarrepresentant i styrelsen och nu vår representant i UEMS, den europeiska organisationen för utbildning av läkare i Europa, hur arbetet fortgår inom UEMS för ett gemensamt curriculum och eventuell specialistexamen. Mycket på gång!

Det blev ett välmatat dygn och att döma av kommenterarena från deltagarna i utvär-

deringsenkäten har initiativet med en studierektorsutbildning slagit väl ut.

Matnyttigt!

Christina Halfords föreläsning var lysande! Annika Telemans genomgång vad SPUR inspektion innebär var också bra. Genomgången dag två vad som egentligen förväntas av mig blev tydligare. Sammanfattningsvis mycket bra internat.

Jag tror det är värdefullt att åtminstone en gång per år få till en studierektorsutbildning.

Studierektorsnätverket fortsätter med möten 2 ggr/år och säkert ett nytt studierektorsinternat framöver!



YULIA STENNIKOVA
ST-läkarrepresentant
ANN KNIGHT
Utbildningsansvarig

Reumadagarnas posterutställning

Medverka i Reumadagarnas posterutställning om Kvalitets- & Verksamhetsutveckling.

Syfte

Vi vill stimulera, uppmärksamma och belöna goda förbättringsarbeten. Därför anordnas en arena för idé och kunskapsutbyte för ett ömsesidigt lärande, inspiration och till nytta för patienterna.

Varför delta?

- Möjlighet att sprida goda exempel och lära av andra
- Få uppmärksamhet och känna stolthet

Hur?

Beskriv vad eller vilka åtgärder alternativt förbättringar som gjorts, hur ni gått tillväga samt vilket eller vilka resultat som uppnåtts och hur det kommit patienter, kunder eller verksamheten till del.

Använd avsett formulär för anmälan av abstract. Alla bidrag ska presenteras med en poster.

När?

Postrarna ställs ut onsdagen den 2 september och postervandring med prisutdelning sker på eftermiddagen. Bidragen lämnas senast fredagen den 19 juni på konferensens hemsida.

Bedömning posterpris

Bästa poster bedöms i beredningsgruppen för posterpris utifrån kriterierna:

- Synlig och pocka på uppmärksamhet
- ntressant, tilltalande och lättläst utan expertkunskaper,
- Metodik, resultat och slutsats ska framgå samt författare.

Mer information hittar ni på www.reumadagarna2015.se

Välkommen med era bidrag!

Boel Mörck
Ordförande i organisationskommittén



Pris för bästa poster

SRF's STYRELSE 2015



Ralph Nisell
Ordförande
Reumatologiska Kliniken
Karolinska Universitets-
sjukhuset
171 76 Stockholm
Tel 08-517 760 93
ralph.nisell@karolinska.se



Boel Mörck
Vice ordförande
Reumatologiska kliniken
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel 031-342 10 00
boel.morck@vregion.se



Gerd-Marie Alenius
Facklig sekreterare
Reumatologiska Kliniken
Västerbotten
Norrlands
Universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 16 76
gerdmarie.alenius@vll.se



Tomas Mandl
Kassör
Reumatologkliniken
Skånes Universitetssjukhus
205 02 Malmö
Tel 040-33 23 63
thomas.mandl@med.lu.se



Christopher Sjöwall
Vetenskaplig sekreterare
Universitetsöverläkare
IKE, avd f Reumatologi
Hälsouniversitetet
581 85 Linköping
Tel: 010-1032416
christopher.sjowall@liu.se



Ann Knight
Utbildningsansvarig
Verksamhetsområde
Reumatologi, Hud- och
Könsjukdomar
Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel 018-611 92 29
ann.kataja.knight@
akademiska.se



Yulia Stennikova
**Ledamot, representant för
läkare under utbildning**
Östersunds sjukhus
Östersunds rehabcentrum
Remonthagen
Reumatologmottagningen
831 83 Östersund
Tel: 063-153000
yulia.stennikova@jll.se



RULE vill locka reumatologer att bli ledare och chef

Hos många läkare finns en stark frustration och oro över utvecklingen i svensk sjukvård. På frågan om de vill vara med och påverka, är svaret ja. Trots det vill få bli chefer. Med hjälp av ledarskapsutvecklingsprogrammet RULE hoppas Svensk Reumatologisk Förening kunna motivera fler reumatologer till ledarskaps- och chefspositioner i vården.

En stor del av debatten om styrning och ledning av svensk sjukvård har handlat om att vårdanställda upplever att viktiga prioriteringar sätts ur spel och att den professionella rollen bakbinds av styrsystem som präglas av ekonomiska incitament och produktionsmål.

– Om vi ska lyckas förändra utvecklingen och skapa en professionellt styrd organisation måste också fler specialister vilja ta ett chefs- och ledaransvar. Min personliga förhoppning är att vårt program ska leda till en större kunskap och väcka entusiasm för ledarskapsfrågor. Jag önskar och tror att alla som deltar ska känna att de har kompetens att axla en chefsroll om de skulle få chansen, säger Boel Mörck, verksamhetschef för reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, samt vice ordförande för Svensk Reumatologisk Förening.

Första piloten

RULE är ett nystartat utvecklingsprogram för ledarskapsintresserade reumatologer.

Programmet som baseras på *action reflection learning* (ARL) vänder sig till blivande och nya specialister i reumatologi.

Programmet är uppbyggt i tre moduler och en avslutningsträff; den första har fokus på att leda sig själv och att leda verksamhet i förändring. Den andra handlar om att leda andra och att leda morgondagens patient. Den tredje modulen har fokus på att leda i komplexa organisationer.

I början av februari hölls den första modulen. Sjutton ST-läkare och specialister samlades under tre dagar på Nya Varvets kurslokaler i Göteborg.

– Vi kommer att träffas vid tre olika internat under året. Mellan varje tillfälle får deltagarna möjlighet att träna och reflektera över programmets innehåll. Vi hoppas att fler ska vilja bli chefer och ledare. Precis som mycket annat är det svårt att bli kompetent utan träning, säger Catharina Wöhlecke-Haglund, ledarskapskonsult och

medlem i programledningen. Till programmet hör även en blandad kurslitteratur. I urvalet finns en rad skönlitterära böcker och biografier vid sidan av teoretiska fackböcker.

– Vi vill väcka lust och nyfikenhet och även tydliggöra att allt vi gör innehåller olika typer av ledarskapsstrategier, uttalade eller outtalade. Ta till exempel Carlsson i Hemsöborna som använder flera härskartekniker. Vi vill också poängtera att det finns mycket intressant att se och höra på sociala medier. Tedtalks, till exempel, är korta och kärnfulla. Det finns även TedMed där man kan hämta inspiration, säger Boel Mörck.

Att leda sig själv

Vid första modulen lades stort fokus på att skapa en trygg grupp och att lära känna sig själv. Samtliga programdeltagare delades in i olika coachgrupper för samtal och reflektion, under och mellan modulerna.

Före programstart fick deltagarna även göra ett personlighetstest: Myers Briggs Type Indicator, för att ge en fördjupad förståelse för hur olika vi reagerar, tänker och känner.

– Vi gjorde många övningar för att belysa detta. Under modul ett gästades vi även av bland andra Tomas Bremell, överläkare från Sahlgrenska universitetssjukhuset och regiondirektör Ann-Sofi Lodin från Västra Götalandsregionen. De delade frikostigt med sig av sina erfarenheter och funderingar, ett mycket uppskattat inslag, säger Boel Mörck.

Verksamhetsutveckling

En av föreläsarna under modul I, var Britt-Marie Zaman, verksamhetsutvecklare inom område Reumatologi på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Hon höll en kort introduktion om modeller för förändringsarbete och presenterade även en rad verktyg som deltagarna sedan fick testa.

Det är viktigt, menar hon att skilja på förändring och förbättring.

– Förändring kan innebära att man gör på ett annat sätt än vanligt, men innebär inte nödvändigtvis en förbättring.

Viktiga skäl till att starta ett förbättringsarbete kan handla om att uppdragets innehåll och omfattning samt arbetssituationen har förändrats, att organisationen står inför utmaningar som behöver lösas och som



Britt-Marie Zaman, verksamhetsutvecklare på Sahlgrenska universitetssjukhuset.



Ett urval av kurslitteraturen.

kräver utveckling av nya metoder.

Från första januari började exempelvis den nya patientlagen gälla. Den ställer nya krav på vården att sätta patienten i centrum.

Britt-Marie Zaman presenterade **Kano-modellen**; ett effektivt kvalitetsverktyg som kan användas för att ta reda på en patients outtalade och uttalade förväntningar samt olika typer av behov: omedvetna behov, uttalade behov och basbehov.

På alla arbetsplatser och i alla organisationer finns människor med olika förhållningssätt till förbättringsarbeten; den kreativa entreprenören som ständigt kommer på nya idéer, entusiasten som tidigt hoppar på projekt, efterföljarna som behöver lite

mer betänketid samt individer som hoppar på när väl projektet är etablerat (Roger's adaptation/innovationskurva).

– Men så finns det i regel även individer som vägrar att vara med. Oavsett vilken inställning man har, finns det ingen som har rätt eller fel. Alla behövs och bidrar på sitt sätt. Idésprutor har kanske inte kontakt med golvet och kunskap om det som pågår i verksamheten. Då är det bra med funderare som tar tid på sig och vill diskutera eventuella risker och fallgropar, säger Britt-Marie Zaman.

Goda förberedelser

Vem ska man då börja med för att motivera till ett förbättringsarbete?

– En god idé är att starta med entusiasten som förhoppningsvis kan smitta de övriga i organisationen.

Det gäller dock att förbereda ett förbättringsarbete väl, menar Britt-Marie Zaman.

Genom att i projektplanen tydliggöra vision, syften och mål samt behovet av kompetens, resurser, handlingsplan och förväntat resultat, minskar risken för att det uppstår förvirring, motstånd, oro, ångest och frustration.

Det krävs också kunskap, verktyg samt en metod som på ett systematiskt sätt kan visa vilka steg som behöver tas och när, det vill säga en tids- och aktivitetsplan.

– Alla modeller bygger på en standardiserad arbetsgång med frågor som handlar om varför förändring krävs, vad är det som ska förändras, vad ska åstadkommas, hur kan jag veta att en förändring är en förbättring, vilka idéer finns, hur säkerställer man att resultatet blir bestående och hur går man

vidare med nästa förändringsområde?

Det finns många olika sätt att ta reda på vilka hindren är för en förändring/förbättring. Det kan handla om använda GAP-analys, intervjuer, idélådor, observationer, processkartläggning och fiskbensdiagram, ett orsak-verkandiagram för att få fram förändrings- och förbättringsidéer genom att bena upp vad ett problem beror på.

Deltagarna fick även ta del av verktyget, PICK-Graf (Possible, Implement, Consider och Kill) som hjälper till att prioritera och

”Det gäller att förbereda förbättringsarbete väl”

värdera idéer och förslag i ett förbättringsarbete.

– Det är ett bra verktyg för att värdera olika idéer och analysera vilken effekt olika insatser har i förhållande till de resurser som krävs. Optimalt är att uppnå en hög effekt till låg resursanvändning, säger Britt-Marie Zaman.

Benchmarking och nätverk

Under kursen på Nya Varvet fick deltagarna testa olika verktyg och metoder som kan användas i den egna verksamheten.

– Det är förhållandevis enkla verktyg och metoder. Och man behöver ju inte börja med det svåraste först. En god idé är att starta med något i liten skala. Det är inte nödvändigt att ta med hela kliniken, man kan börja med en mindre pilot och utvärdera den. Med evidens och fakta är det enk-



Jon Einarsson arbetar med ”fiskbensmetoden”

lare att få med sig andra, säger Britt-Marie Zaman.

RULE-programmet handlar inte bara om att skapa kunskap och väcka entusiasm om ledarskaps- och utvecklingsfrågor. Programmet ger även stora möjligheter till benchmarking, det vill säga att ta del av hur andra har gjort och gör och sedan kunna applicera goda exempel i den egna verksamheten.

– Vår förhoppning är att deltagarna ska få en god förståelse för hur en så komplex organisation som sjukvården fungerar. Det finns många olika logiker, politiska, etiska och vetenskapliga att ta hänsyn till. Programmet ger också en tydlig bild av vad som sker inom svensk reumatologi i dag. Kolleger från hela landet får även möjlighet att bygga nätverk för att dela kunskap och erfarenheter, säger Boel Mörck.



Lovisa Leifsdottir, Läkare på SU

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

PICK-Graf – ett prioriteringsverktyg

Värdera om vi gör något åt problemet vilken effekt har det då?

Effekt		Resurser	
		Låg	Hög
Hög	Hög effekt Låg resursanvändning	Hög effekt Hög resursanvändning	
Låg	Låg effekt Låg resursanvändning	Låg effekt Hög resursanvändning	

Fakta om RULE:

Förkortningen står för Reumatologins Utvecklingsprogram för Ledarskap. Huvudsyftet är att motivera och stärka reumatologer till alla former av ledarskap- och chefspositioner i Sverige. Förhoppningen är också att det skapas ett starkt nationellt nätverk för ett växande lärande och ett ömsidigt utbyte av kunskap och kompetens.

Programstyrgruppen består av verksamhetschefer, eller motsvarande, från sex reuma-regioner i Sverige.

Idéer till programmet, som har ett tydligt reumafokus, hämtas även från framstående ledarskapsprogram som HUR, RUFF med flera.

Vill du veta mer?

Läs på SRFs hemsida www.svenskreumatologi.se/RULE eller kontakta Boel Mörck: boel.morck@vgregion.se.

Eva Nordin

Viktiga faktorer för ett lyckosamt förbättringsarbete?

- **Relativ fördel** - om den nya idén visar sig överlägsen nuvarande praxis och att den får organisationen att öka prestationen alternativt vinsten.
- **Kompatibilitet** - hur väl den nya idén passar de socio/kulturella värdena, uppfattningar och arbetssätt som redan existerar
- **Komplexitet** - graden av hur svårt det nya är att förstå och lära sig
- **Synlighet** - graden av hur lätt resultaten av förbättringen kan ses och förstås
- **Testvänlighet** - hur lätt det går att testa det nya i liten skala och möjligheten att därefter anta eller förkasta idén

Källa

Andreas Hellström, avhandling Chalmers 2007:

"On the Diffusion and Adoption of Management Ideas: Findings from six empirical studies in the quality field".

Vad har Tiger Woods, japanska bilfabrikarbetare och läkaren på avdelningen alternativt enheten gemensamt?

Samtliga har jobb som innebär ständiga förbättringar.

Ett ambitiöst initiativ

Jonas Strömbäck är specialist i internmedicin och gör sin avslutande del av ST-utbildningen i reumatologi vid Skånes universitetssjukhus i Lund. Han tycker att RULE är ett bra och ambitiöst initiativ att förbereda yngre reumatologer för ledarskap.

Vad tyckte du om programmets första modul i Göteborg?

- Den var mycket väl förberedd, med ett utmärkt program och fascinerande gäster inbjudna. Spännande, entusiasmerande och lite utelämnande på samma gång.

Vilka lärdomar tar du med dig tillbaka?

- Framför allt att lära känna sina styrkor, svagheter och preferenser i olika situationer. Det är en förutsättning för att sedan lära sig att leda andra eller leda en verksamhet. Det handlar även om att inse att vi har olika preferenser utan rätt eller fel, och att olikheten och delarna behövs för att en grupp ska fungera optimalt.

Tror du att utbildningen stärker läkares vilja att ta ett chefsansvar?

- Vi blir säkert stärkta i vår självkänsla efter denna typ av utbildning. Tryggare i vilka vi är och hur vi företrädesvis agerar i olika situationer. Utbildningen stimulerar till att ta mer ansvar, inte bara i rollen som klinisk läkare, utan kanske också i en framtida chefsroll.

Den kurslitteratur som föreslås, har du tagit del av den och vilken/vilka böcker skulle du vilja rekommendera till andra?

- Jag har tidigare läst några av de skönlitterära böckerna som finns med på litteraturlistan. Jag tror att facklitteratur i ämnet är svårsmält och föredrar skönlitterära böcker eller varför inte biografier över någon framstående ledare i syfte att skapa intresse och nyfikenhet.

Eva Nordin



Jonas Strömbäck, ST-läkare från Kristianstad

Framtidens vård måste utgå från sammanhang

I kölvattnet av det hårt kritiserade styr-systemet New Public Management, har begreppet värdebaserad vård seglat upp som den modell som många anser kan lösa problemen i svensk vård. Det är en vilsen debatt, menar Hans Winberg, generalsekreterare för Leading Health Care.

På RULe-programmets första modul föreläste han om att leda vården i förändring.

Hans Winberg är skåningen som flyttade till Stockholm och utbildade sig på Handelshögskolan, där han varit både student och forskare.

I dag är han generalsekreterare för Leading Health Care, en akademisk tanke-smedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård. Den bildades 2010 av IFL, Institutet för företagsledning, vid Handelshögskolan.

– Vi vill främja forskning och kunskapsutveckling vad gäller organisering, styrning och ledning av svensk hälso- och sjukvård. Vi arbetar brett, dels med vårdens aktörer, dels mot regeringen och departementen samt olika myndigheter, organisationer och och forskningsråd.

NPM redan på 70-talet

Föreläsningen om sjukvårdens styrning och ledning väckte stort engagemang bland deltagarna. Hans Winberg diskuterade begreppet New Public Management (NMP); en spretig och ibland motstridig samling idéer om ekonomiska metoder som gradvis introducerades i offentlig sektor i flera länder. Syftet var att göra vården mer kostnadseffektiv och marknadsanpassad.

I Sverige fick begreppet stor uppmärksamhet i samband med journalisten Macej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter 2013: *"Den olönsamma patienten"*. Men begreppet är inte nytt.

Redan i slutet av 1980-talet arbetade Hans Winberg med NPM som forskare på Handelshögskolan.

– I romanen Babels Hus av PC Jersild från 1978 ges en god beskrivning av en vård som New Public Management var ett svar på.

Det är ibland lätt att tro att vården var bättre förr, innan NPM introducerades. Men, menar Hans Winberg, allt var inte bättre förr. Babels hus är en satir över en sjukhuspolitik som ledde fram till en otillgänglig, resurskrävande och många gånger cynisk och inhuman vård.



Hans Winberg

– Ta Karolinska universitetssjukhuset till exempel. Det har länge varit organiserat runt kliniker och överläkare, en ålderdomlig struktur som har rötter i mi-



litärt tänkande från 1850. Det sättet att organisera vården håller inte. Vi tror att ett mycket bättre sätt är att utgå från sammanhang, säger Hans Winberg.

Värdebaserad vård

Hans Winberg diskuterade även det begrepp som seglat upp som ett av de kanske mest omdiskuterade i svensk hälso- och sjukvård i dag: värdebaserad vård. Även om han håller med om de grundläggande principerna i den värdebaserade vården, är det viktigt att bredda begreppet för att möta behoven i svensk hälso- och sjukvård. Värdebaserad vård är inte en enda modell; det handlar snarare om att tillämpa olika värdemodeller som behöver anpassas till olika utmaningar i vården.

– När det handlar om vårdepisoder med definierbara förlopp med en början och ett slut är det förhållandevis enkelt att diskutera värdebaserad vård. Men det blir mer komplext när det handlar om patienter som är multisjuka eller svårt sjuka äldre. De har i regel inte ett tydligt avgränsat vårdbehov och de behöver även kontinuerliga insatser från en mängd olika instanser. Vårdbehoven varierar också stort mellan individerna, säger Hans Winberg.

Från delar till sammanhang

När det handlar om att effektivisera svensk hälso- och sjukvård har man i regel utgått från fel saker, menar han. Sjukvården mås-

ta ett större helhetsgrepp. I stället för att fokusera på enskilda aktiviteter och interventioner, behöver man se och ta ansvar för vad de sammantagna aktiviteterna faktiskt åstadkommer för patienterna.

– Det är inte fel att mäta och registrera, men vi måste veta vad vi ska mäta och registrera, och hur vi ska göra.

Hans Winberg riktade skarp kritik mot DRG-styrning.

– Släng DRG-systemet på sophögen och sluta styra mot indikationer. Det är både ovetenskapligt och omöjligt att styra vården på det sättet, om man vill uppnå goda resultat.

I en rapport om framtidens hälsa, vård och omsorg från Leading Health Care: ”*Detta kommer debatten att handla om*”, presenteras 10 nytänkande idéer och tre snabba förslag för att skapa en vård som är tillgänglig, inkännande, kommunikativ, nätverkande och patientfokuserad.

– Ytterst vill vi uttrycka det som att det handlar om att människoanpassa våra system, istället för att systemanpassa människorna.

Det handlar också om att skapa en vård, menar Hans Winberg, som är fokuserad på verkliga och jämlika resultat och mer kapabel till att använda våra resurser på ett mer genomtänkt sätt.

Eva Nordin



En snabbspolning till de bästa råden direkt:

- Gör så mycket som möjligt nära patienten som möjligt: Det som var högspecialiserad vård igår kan i dag göras hemma. Med rätt medicinering och självrapportering kan en person med exempelvis reumatisk sjukdom fungera och gå till jobbet. Det krävs dock att vi tar tillvara de möjligheter som tekniken erbjuder.
- Gör så att patienter snabbare får rätt hjälp av rätt resurser: Stelbenta ersättningssystem och professionella revir och läsningar hindrar ofta att vi på ett smidigt sätt kan ta hand om patienter snabbt. Genom att arbeta tillsammans i rätt team får vården tid att bättre ta hand om de som är resurssvaga och som verkligen behöver hjälp hela vägen. Fokus bör förflyttas från vem som ska ha vilka resurser till vilka relationer som behövs för att skapa mest värde tillsammans.
- Gör så att styrsystemen stöder patientsituationen: I dag upplever många i vården att de är överstyrda och inte riktigt hinner med sina ”riktiga” jobb. Styrning och uppföljning måste utformas så att den går att använda i det lokala sammanhanget och bli en hjälp i vardagsarbetet kring patienten. Detaljstyrning och revirtänk hindrar många från att vara effektiva och att arbeta nytänkande, vilket föder frustration.

Källa

”*Detta kommer debatten att handla om*”, Leading Health Care nr 3 2014.

Odysseus irrfärder

Perioden som ST-läkare kan ibland kännas som ett äventyr och likt Odysseus sökte sig hemåt mot Ithaka har jag sedan en tid tagit sikte mot reumatologen i Gävle. Någon Penelope väntar mig inte där men samtidigt behöver jag inte ta kamp med några friare för att återfå mitt kontor.

Inte heller har jag kämpat mot cykloper utan istället tampats med nån Takotsu-bo på vägen. Däremot har jag utsatts för sireners vackra stämmor om att stanna hos dem men då gäller det att behålla fokus på vad man egentligen är ute på för resa.

Nu börjar ni kanske fundera på om jag börjar drabbas av storhetsvansinne när tiden som ST-läkare börjar närma sig sitt slut. Börja jämföra sig med en av antikens största hjältar? På tal om storhetsvansinne hade jag då jag var läkarkandidat en del tankar om läkare. Vissa utmärkte sig som något arroganta, buffliga och ibland ointresserade av både yrke och patient. De var alla överläkare och jag funderade vad som gjorde att ju längre man kom i karriären desto mer tog man ut svängarna. Kan det vara så att man glömt kurserna med etik och samtalsmetodik, hade man sett så många liknande fall eller hört problemställningen så många gånger att det inte längre gav någon stimulans i arbetet? Eller blir det svårare med åren alternativt mindre fokus på att dölja sitt riktiga jag? Ärligt talat är det ändå bara ett fåtal som uppträtt på det viset och orsaken kanske närmast får betraktas som multifaktoriell. Och vad vet man egentligen om alla kollegor? Mindre än vad man tror skulle jag gissa.

Våren är åter här och ett av mina uppdrag på hemmaplan är att få ordning på familjens cyklar, fast det är mest mina egna cyklar som jag ska få att funka. Det är dags att ta fram sommarcyklarna och hänga undan vintercyklarna. Jodå, det är plural det handlar om när det gäller mina egna cyklar. Det gäller att ha en cykel i reserv om primärcykeln skulle gå sönder.

När jag stod och putsade som bäst gick min trevliga granne förbi. Han heter Moussa N'Diaye och har alltid glimten i ögat och ett skratt nära tillhands. Vid 20 års ålder kom han till Sverige från Senegal. Vi frågade varandra om allt var bra men då berättade han att det var problem med kommunen som tvekade om de skulle ge honom bygglov till en ny förskola. Moussa sa att hans enda önskan är att hjälpa barn och ungdomar till ökad trygghet, glädje och utbildning. Han



är engagerad i flera projekt i Gävle och har 2009 utsetts till årets eldsjäl.

En av hans idéer är att barnen får delta i basketträning men först om de visar att de gjort läxorna.

Av hans engagemang, fokus och vilja att sprida glädje runt sig känner jag igen stora delar hos de föreläsare som figurerat på RULe-kursen, en kurs riktad till reumatologer i strävan att stärka ledarskapet hos framtidens reumatologer. Jag har än en gång haft turen att få delta i något riktigt bra och utvecklande och efter en modul i Göteborg och en i Skåne ser jag fram mot den sista modulen i Uppsala planerad till

hösten och till sist avslutningen. Då kommer jag att känna att jag har en förstärkt plattform inför de utmaningar som väntar i framtiden.

Vad gäller Moussa önskade honom lycka till och putsade vidare. När jag senare gick in för att hämta smörjkannan tänkte jag att inte behövde fantisera så mycket om Odysseus, hjältarna i verkliga livet finns närmare än vad man tror.

ANDERS LIND

ST-läkare Reumatologi Gävle

Rapport från Nationella ST-dagarna 2015

Årets nationella ST-dagar i reumatologi gick i år av stapeln i ett soligt men blåstigt Vadstena.

Kungs Starby hotell väntade med en god tvårätters lunch efter vår något sena ankomst tack vare SJ. Uppslutningen var mycket god med 40 deltagare från landets alla hörn, sammanlagt 14 orter var representerade och vi gästades även av en ultraljudsintresserad barnreumatolog från Västervik och en reumatologspecialist från Karlskrona.

Tema ultraljud och tidig artrit stod på programmet

Professor Thomas Skogh inledde med en intressant föreläsning om tidig reumatoid artrit och antikroppsmedierade syndromen djupdykning i immunologiska mekanismer. Michael Ziegelasch gav oss herefter en introduktion kring värdet av medicinskt ultraljud vid reumatoid artrit, både avseende diagnostik och uppföljning av behandlings-effekt.

Sen satte de praktiska övningarna igång med allt från grundinställningar på ultraljudsmaskinerna, genomgång av hand- och axelundersökningar på varandra till undersökning av proffspatienter för att lära oss se skillnad på friska leder och artrit.

Radiolog Ylva Aurell gav oss herefter praktiska tips gällande ultraljudsledda injektioner varefter vi övergick till att öva injektionsteknik på kyckling och olivfylld kassler!

Historiska byggnader

Efter en fullspäckad eftermiddag fanns lite tid innan middagen att utforska Vadstena och många tog chansen att känna historiens vingslag vid slottet.

Vadstena slott byggdes som försvarsanläggning av kung Gustav Vasa år 1545, i syfte att skydda Stockholm och riket från eventuella danska och småländska attacker. Vadstenas medeltida kloster vid Vätterns rand planerades och ritades av Heliga Birgitta och invigdes 1384. Vadstena kloster stängdes 1595, men år 1935 återvände Birgittinorden dit och startade ett gästhem. Ett regelrätt kloster, ”*S:ta Birgittas abbedi Pax Mariae*” återupprättades i Vadstena 1968 och det är inte ovanligt att möta någon av nunnorna när man strosar på stadens gator. Andra valde att uppsöka spaavdelningen



Övning med ledinjektion på kyckling. Från vänster: Nancy Vivar, Boris Kan, Rebecca Heijke, Athanasia Florou, Yulia Stennikova, Karina Gheorghe, Theodor Lappas, Hussein Hussein samt handledare Yogan Kisten.



Nikos Marketos, Athanasia Florou, Panagiota Drivelegka, Rebecca Heijke, Mihaela Florea, Yulia Stennikova och Asimina Dremetsika framför Vadstena slott.

för avkoppling i den infraröda bastun och bubbelpoolen. Kvällens utsökta middag intogs i ett uppsluppet sällskap och avslutades med en uppskattad men svår musikquiz, där kunskaper om allt från Avicennas riktiga namn, Cliff Richards hits och gamla schlagervinnare kom till nytta.

Nya bilddiagnostiska modaliteter

Fredagen fortsatte med lärorika ultraljudsövningar under god handledning. Innan lunch hann Ylva Aurell från Göteborg och Yogan Kistin från Karolinska sjukhuset ge oss en inblick i de nya spännande bilddiagnostiska modaliteterna ”Cone beam CT” ➤

respektive "fluorescens optimal imaging" (Rheumascan). "Cone beam CT" verkar kunna visa erosioner där slätröntgen ännu inte visar några tecken för sådana och medfört endast något ökade strålningsdoser jämfört med vanlig slätröntgen. Rheumascan utvecklades i Tyskland och prövas nu på Karolinska sjukhuset. Intravenös fluorescerande färg injiceras och att ta bilderna av händerna tar härefter endast sex minuter. Undersökningen kan utföras av undersköterskor och tolkas sedan av läkare avseende artrit och tenosynoviter.

Mötet avslutades med ännu en välsmakande lunch innan det bar av hemåt.

Stort tack till alla föreläsare för intressanta föreläsningar och inspirerande ultraljudshandledare samt till alla deltagare som bidrog till två fina dagar i Vadstena. Nu går stafettpippen över till Göteborg där vi ses nästa vår.

Martina Frodlund
specialistläkare, Linköping



Michael Ziegelasch föreläser om ultraljud och tidig artrit.



Reviderad målbeskrivning för läkarnas specialiseringstjänstgöring

De nya föreskrifterna och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring träder i kraft den 1 maj 2015. Här vill vi sammanfatta de väsentliga förändringarna i regelverket både generellt men också utifrån reumatologi som basspecialitet.

Under 2011-2012 genomförde Socialstyrelsen två projekt, dels en översyn av specialitetsindelningen och dels uppföljning av kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring. Resultaten publicerades i två rapporterna Översyn av läkarnas specialitetsindelning och ST i teori och praktik. Dessa arbeten ligger till grund för de nya föreskrifterna och allmänna råden om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

Ny specialitetsindelning

Den nya specialitetsindelningen har fler basspecialiteter som bygger på en gemensam kunskapsbas. Syftet med det är att styrka de allmänna kompetenserna som t ex kunskapsinhämtning och kommunikation och öka funktionalitet genom att integrera och samordna utbildningsinsatser mellan specialiteterna. En tydlig gemensam kunskapsbas ska även underlätta för den ST-läkaren som vill uppnå specialistkompetens i flera specialiteter eller vid byte av specialitet.

Det har också tillkommit sex nya specialiteter: arbetsmedicin, beroendemedicin, palliativ medicin, skolhälsovård, vårdhygien, äldrepyskiatri. Reumatologi förblir enskild basspecialitet.

Ny struktur

Målbeskrivningarna har fått ny struktur för att förtydliga vilka delmål som är gemensamma och vilka är specialitetsspecifika. Indelningen är följande:

- delmål a, gäller alla specialiteter
- delmål b, gäller många specialiteter
- delmål c, specialitetsspecifika.

Delmålen a och b motsvarar tidigare delmålen 13-20, många av de har samma innebörd men är omformulerade. Det har dock tillkommit några helt nya delmål som till exempel Läkemedel, Vårdhygien och smittskydd, Försäkringsmedicin och Palliativ vård i livets slutskede. Deltagande i en kurs finns med som utbildningsaktivitet i be-



tydligt större omfattning än tidigare för att uppfylla delmålen a och b.

”Tydligare definitioner vid bedömning av kompetensutveckling”

ST i teori och praktik

Rapporten ST i teori och praktik har visat att organisering av ST-utbildningen varierar stort nationellt och vilket kan påverka kvalitet i utbildningen, att det uppstår problem i balans mellan produktion och utbildning och att syftet med dokumentationen är oklart. I den nya målbeskrivningen har man därför lagt stor vikt på ansvarsfördelning, handledning och bedömning av kompetensutveckling.

En av de punkter som Socialstyrelsen fick mycket kritik för vid första remissrunda var förändringar i texten avseende kvalitetsgranskning av ST-utbildning där enbart intern granskning fick plats. Detta ledde till att Socialstyrelsen skärpte kvalitetssäkring

ytterligare. I den nya målbeskrivningen blev vårdgivare ålagd att kvalitetssäkra ST genom intern systematisk granskning och utvärdering. Kvaliteten i ST ska dessutom granskas av en oberoende extern aktör vilket bör genomföras vart femte år. Vårdgivaren ska åtgärda de brister som granskningen eventuellt påvisar.

Handledning stärks ytterligare, den ska ges regelbundet och bör planeras in i ordinarie tjänstgöringsschema. Både huvudhandledare och handledare under sidotjänstgöring ska vara handledarutbildade. Handledare och verksamhetschef har central roll i utformning av ett individuellt utbildningsprogram och bedömning av kompetensutveckling.

Varje ST-läkare ska ha ett individuellt utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen. Det innebär att utbildningsprogram ska utformas utifrån ett konkret mål (vad ska uppnås?), utbildningsaktiviteter som omfattar den tjänstgöring och kompletterande utbildning som behövs för att nå det (hur ska målet uppnås?) och uppföljning som inkluderar bedömning och återkoppling avseende den uppnådda kom-

petensen (vad har uppnåtts?). Utbildningsprogram ska regelbundet följas upp och vid behov revideras.

Bedömning av kompetensutveckling har fått en tydligare definition i den nya målbeskrivningen. Det är huvudhandledares och verksamhetschefens ansvar att kontinuerligt bedöma ST-läkarens kompetensutveckling med utgångspunkt i målbeskrivningen och utbildningsprogrammet och det bör göras med på förhand kända metoder. Bedömningen ska dokumenteras.

Det är en många gånger stor utmaning att bedöma en läkares professionella kompetensutveckling. Det finns flera kända validerade metoder för sådan bedömning, till exempel CBD (Case Based Discussion), DOPS (Direct Observation of Procedural Skills), 360-graders bedömning (SPRAT, Sheffield Peer Review Assessment Tool). Några av de metoder som redan nu används aktivt inom reumatologi är till exempel körkort i ledstatus, körkort i injektionsteknik, diagnostiska provet, sit-in -för delmål c (medicinska delmål) och specialistkollegium -för delmål a och b.

Kvaliteten i ST-utbildningen

Studierektorn har fått en nyckelroll i den

nya målbeskrivningen med uppdraget att säkerställa hög och jämn kvalitet i ST-utbildningen. Studierektorn bör vara organisatorisk stöd för verksamhetschef, handledare och ST-läkare. Uppdraget innebär dessutom samordning av den interna och externa utbildningen och stöd vid utformning av individuellt utbildningsprogram. Studierektor bör ta del av bedömningar av ST-läkarens kompetensutveckling.

Enligt föreskriften bör studierektor ha relevant specialistkompetens. ST-läkarna inom reumatologi, som är relativt liten basspecialitet, har sällan tillgång till en övergripande studierektor med reumatologkompetens därför är det värdefullt med våra egna regionala studierektorer som har det uppdraget från SRF.

Det har inte blivit några större förändringar i reumatologispecifika delmål, tidigare delmål 1-12 och nu delmål c. Det har tillkommit ett nytt delmål c13 -att kunna tillämpa lagar och andra föreskrifter som gäller för specialiteten. Detta delmål ska uppfyllas genom klinisk tjänstgöring och deltagande i en kurs. Man har även lagt till att en specialistkompetent reumatolog ska ha färdigheter i basal muskuloskeletalt ultraljud.

Målbeskrivningen från år 2008 kommer att gälla för läkare som har fått sin legitimation före den 1 maj 2015 under förutsättning att ansökan om specialistexamen inkommer senast den 30 april 2022.

Under hösten kommer vi tillsammans med de regionala studierektorerna att inleda arbetet med att utforma rekommendationer från Svensk reumatologisk förening för den nya målbeskrivningen.

Generellt uppfattar vi den nya strukturen i målbeskrivningen positivt, den är tydlig och motsvarar de krav som ställs på läkaren i den moderna sjukvården på ett bra sätt. Vi ser dock med viss oro på de ökade kraven på kurs som utbildningsaktivitet för att uppnå de specialitetsövergripande delmålen. Redan idag har våra ST-läkare omfattande kursprogram, inte minst för att uppfylla de medicinska delmålen.

Sammanfattningsvis tycker vi att den nya målbeskrivningen är ett bra dokument med fokus på en bra utbildning med stärkt handledning och bedömning av kompetensutveckling.

YULIA STENNIKOVA

ST-läkarrepresentant

Celgenes stipendium för samarbetsprojekt inom reumatologi 2015

Tid: 2015

Summa: 100.000 kronor – utdelas som forskningsanslag och förvaltas av stipendiatens forskningsinstitution.

Målgrupp: Läkare kliniskt verksam inom reumatologi och som bedriver aktiv forskning. Sökanden måste vara registrerad som doktorand eller ha disputerat under de senaste sju åren (föräldradedighet får räknas av).

Sökande ska driva ett samarbetsprojekt som gagnar klinisk reumatologi i Sverige och som innefattar minst ytterligare en disciplin utöver reumatologi.

Bakgrund: Patienter med reumatologiska sjukdomar har många symtom och komorbiditeter, vilket således engagerar många olika medicinska discipliner. Med detta stipendie vill Celgene uppmuntra till ökat samarbete och erfarenhetsutbyte mellan dessa discipliner för att främja en mer holistisk syn på denna patientgrupp. Sökande ska vara medlem i Svensk Reumatologisk Förening.

Ansökan skall innehålla:

- Kort gemensam presentation av den sökandes forskningsprojekt på max en A4-sida
- CV med publikationslista från den sökande

Vid bedömning av ansökningarna kommer särskild tonvikt läggas på:

- Syfte och målsättning för samarbetsprojektet
- Sökandens vetenskapliga kompetens

Offentliggörande och kort presentation av samarbetsprojektet sker i samband med utdelning av stipendiet under Svensk Reumatologisk Förenings "Reumadagarna" i Työlösand 1-4 september 2015.

Stipendiekommitté: Professorskollegiet inom Svensk Reumatologisk Förening.

Sista ansökningsdag: 7 juni 2015

Skicka ansökan elektroniskt till: Koordinator SRF, E-mail: koordinator@svenskreumatologi.se

Arrangörer: Celgene i samarbete med Svensk Reumatologisk Förening.



ST-utbildningen - styrkor och svagheter!

1992 blev ST-utbildningen målstyrd då alla specialistföreningar skapade målbeskrivningar för utbildningen och SPUR-inspektioner startade året därpå för att utvärdera specialistutbildningen inom olika specialiteter. Sedan år 2008 finns krav på oberoende och extern inspektion av enheter som bedriver ST-utbildning. I den nya författningen avseende ST-utbildning som träder ikraft i vår, står det även att det bör ske var 5:e år.

I inom reumatologin hade vi en stark förespråkare för SPUR-inspektioner – nämligen Bernhard Grewin – som drev på för att reumatologin skulle bli en föregångare. I samband med en större satsning som SRF gjorde 2003-2005 på ST-utbildningen infördes regionala ST-studierektorer (6 st), en styrelseledamot som förutom yngreläkarrepresentanten var ansvarig för ST-utbildningen, satsning på SK-kurser i form av C-kurser för blivande reumatologer (regelbundet återkommande SK-kurser i artritjukdomar, systemsjukdomar, immunologi m.m.) och en aktiv satsning på rekrytering. Vi avskaffade också examinationen i slutet av utbildningen utan införde ett årligt diagnostiskt prov vilket gjorde att många fler ST-läkare engagerades i kunskapsutvärdering. På Bernhard Grewins förslag uppmanade styrelsen för SRF SPUR-inspektörerna att kontakta respektive enhet för att åstadkomma en inspektion vart femte år. Tidigare – och för de flesta specialiteter fortfarande – låg initiativet till SPUR-inspektion på resp klinik. Vi har därför sedan 2005 kunnat inspektera all ST-utbildning i reumatologi vart femte år med en liten försening senaste åren beroende på turbulensen kring IPULS/Lipus och oklarhet kring SPUR-hemhörigheten 2012-13.

SPUR Reumatologi

Alla specialiteter utser en SPUR-samordnare, som kan hålla kontakt och ha informationsutbyte med SPUR-kansliet, samt det antal inspektörer som anses behövas.

SPUR-inspektörerna går en heldagsutbildning ordnad av Lipus/SPUR. Via SPUR-kansliet får vi hjälp med utskick och insamlande av data-baserade frågeformulär, reseersättningar, ersättning till inspektörer m.m. Rent formellt är det varje enhet som beställer inspektionen men inom föreningen har vi en överenskommelse att inspektörerna tar kontakt med de kliniker



som ”står på tur” att bli inspekterade. Inom reumatologin har vi 4 inspektörer som arbetar i par. Vår strävan har varit att i varje par ha en läkare från universitetssjukhus och en från länssjukhus. Nuvarande par är Maria Lidén (Uppsala) och Åsa Häggström

”Krav på oberoende och extern inspektion sedan 2008”

(Kalmar) samt Annika Teleman (Halmstad) och Tomas Bremell (Göteborg). Annika Teleman är samordnare av vår grupp och har därvid kontakt med Lipus, Läkarförbundet, SRF styrelse m.m. Varje inspektörspär gör 2-3 inspektioner per år. Totalt har vi 25-30 kliniker och enheter som utbildar reumatologspecialister. Tidsåtgången för en inspektion – inklusive för- och efterarbete – brukar uppgå till 2-4 dagar beroende på storlek av kliniken och antalet ST-läkare.

Detta inkluderar för och efterarbete, res-tid med mera, utöver själva inspektionen.

Hur går en SPUR-inspektion till?

En inspektion genomförs sålunda: Först överenskoms om datum för inspektion med respektive enhetsföreträdare. Enheten får ut enkäter att fylla i för ST-läkare, handle-

dare, studierektor och verksamhetschef/enhetschef. Dessutom skall den inspekterade enheten ge en bild av sin verksamhet dvs sända in verksamhetsberättelse, verksamhetsplan, plan för ST-utbildningen, ST-kontrakt, m.m. Med dessa underlag som bas sker inspektionen på plats vilken innebär intervjuer med ST-läkare, handledare, studierektor och verksamhetschef, inspektion av lokaler, bibliotek m.m. På basen av all denna information skrivs så ett inspektionsprotokoll som sänds till den inspekterade enheten för synpunkter. Det görs också en kortare övergripande version som skickas in till Lipus och till SRF på SRFs hemsida. Inspektionen genomförs enligt i förväg fastställt protokoll och värderar verksamheten utifrån struktur (tillgängliga resurser) och process (hur man använder sina resurser) Man tittar också på hur man t.ex. använder målbeskrivningarna i för att stämna av var man befinner sig i sin utbildningsprocess.

Frågeformulären finns att hämta på LIPUS hemsida och är inga hemligheter. De kan användas för ”internrevision” av sin utbildningsverksamhet eller inför SPUR-inspektionen för att förbereda sig.

Att vara SPUR-inspektör är ett förtroendeuppdrag men också ett roligt och intressant arbete. Det vi gör är en kollegial

granskning och inte myndighetsutövning. Vi blir alltid mycket väl mottagna. Arbetet ger också en mycket god kunskap om svensk reumatologi och ger möjligheter till att överföra kunskap och tips vad gäller ST-utbildning mellan enheter. Många gånger ser vi föredömliga upplägg som vi kan tipsa andra enheter om.

Nya former för inspektion

Trots att det gått > 20 år sedan SPUR-inspektionerna startade har långt ifrån alla specialiteter kommit igång med, eller upprätthållit, SPUR-verksamhet. Det har lett till att vissa landsting/regioner/sjukhus försöker hitta andra vägar att få överblick över sin utbildningskvalitet. Först ut var Västmanland som genomförde en totalinspektion av all slutenvård som öppenvård i landstinget. Det resulterade i ett 40-tal olika SPUR-rapporter. Man beställde även en genomgång av utbildningsstrukturerna. Det finns en utmärkt sammanställning av detta arbete på LIPUS. Ett liknade inspektionsarbete ska göras i Kristianstad-Ystad-Hässleholm. I Blekinge och Karlstad inspekteras hela medicinkliniker. Ibland "tar vi oss in" i dessa inspektioner men inte alltid, i Karlstad vill de inte ha reumatologiinspektion trots att vi till SPUR-kansliet påpekat behovet. Som enskild basspecialitet önskar vi ju delta med våra egna inspektörer. Några direkta sanktioner för kliniker som bedriver utbildning men inte inspekteras finns inte.

Aktuella SPUR-inspektioner

Under det närmaste året planeras inspektioner i Karlskrona, Kristianstad, Borås, Uddevalla.

Förtjänster

Utifrån de senaste årens inspektioner ser vi flera återkommande brister och förtjänster.

Till de största förtjänsterna är den goda stämning som finns inom svensk reumatologi, det goda utbildningsklimatet och den generösa inställningen till kurser och utbildningar. Den regionala ST-studierektorn

spelar därvid ofta en betydelsefull roll. Vi ser också att man tar rekrytering och utbildning av ST-läkare på det största allvar och verkligen är inriktad på att skapa en ny och uppdaterad specialistgeneration. Vilka är då bristerna? Vad kan förbättras?

Klinisk utbildning

Ofta får ST-läkaren erfarenhet av moment/kurser för sent i utbildningen. Dessvärre kan vi som förening inte bestämma när olika utbildningsmoment ska erbjudas ST-läkarna. Vi kan tycka att vissa kurser ska komma tidigt eller senare men här är det andra faktorer som styr. Det finns givetvis en avvägning – när skall ST-läkaren släppas fram i kliniska moment så att det inte äventyrar den medicinska kvaliteten? Vi upplever att ST-läkaren tidigare i sin utbildning kan – under handledning – vara dagjour, ta konsulter, ta nybesök, göra remissgranskning m.m. med samtidig feedback. ST-läkaren får då också mer kunskap om hur kliniken fungerar och hur logistiken fungerar. Medsittning kan göras oftare för att ge ST-läkaren input på sitt öppenvårdsarbete.

Slutenvården minskar samtidigt som specialisering/sektorisering ökar inom reumatologin. Det finns då risk att ST-läkaren inte ser hela det reumatologiska panorama. Dessutom sker en stor del av behandling av svåra fall och systemsjuka patienter på regionsjukhus. Tjänstgöring på universitetssjukhus blir därför synnerligen viktigt.

Medicinjour

På flera enheter ingår för mycket medicinjour. Därvid finns risk att reumatologi tappar i omfattning och också att medicin-tjänstgöringen snedvrids till allt för mycket tid på medicinintaget. Medicinjour ingår i tjänstgöringsavsnittet medicin som omfattar högst 2 år. Högst 6 månader (tjänstgöring+jourkomp) av utbildningens 5 år bör därvid utgöras av arbete på medicinjouren.

Handledning och ledarskap

Handledning sker alltför sällan och ibland

med bristfällig dokumentation och struktur.

Vi ser också att ST-läkaren sällan får feedback på olika uppdrag och också ges för lite uppdrag. En anledning kan ju vara ST-läkarens sidotjänstgöringar, föräldraskap m.m., som ger en splittrad tjänstgöring men det är ändå något som bör beaktas. Ge ST-läkaren uppdrag – hålla i journal club, handleda läkare som gör sin sidoutbildning på kliniken, ansvara för patientundervisning etc. Delaktighet i enhetens ledning underlättar för framtida ledarskap. Faluns arbetsluncher på fredagar för alla läkare där klinikens alla angelägenheter och utmaningar diskuteras framstår därvidlag som föredömlig.

Lokaler och bibliotek med mera

Vissa enheter har ypperliga lokaler medan andra har enklare och ibland till och med undermåliga lokaler. De sämsta lokalerna för ST-läkare är i allmänhet på universitetssjukhusen där man inte sällan får dela på skrivrum och dator med flera andra. Vi tittar också på möjlighet till självstudier – bör vara 4 tim/månad och på hur biblioteket ser ut och på möjlighet att söka på nätet efter kunskaper. Vi förordar att varje enhet bör ha några olika Textbooks of Rheumatology lättillgängliga. Vi vet att de flesta idag använder nätet på olika sätt men även det kan fallera och då måste det finnas litteratur tillgänglig.

Sammantaget tycker vi oss se att ST-läkare i reumatologi i Sverige får en utmärkt utbildning som möjliggörs av aktivt arbete ute på alla kliniker men även av SRF:s idoga arbete med bl.a. stödande av regionala studierektorer. Dessa bör få en större uppskattning och uppmärksamhet än idag. De flesta ST-läkare uttrycker att de är mycket nöjda med sin utbildning och det val av specialitet de gjort.

Annika Teleman

SPUR-samordnare Reumatologi

Tomas Bremell

SPUR-inspektör Reumatologi

Instruktionsfilmer till stöd för dig och dina patienter

www.medicininstruktioner.se

Tillgängliga 24 timmar om dygnet, alla dagar i veckan – via dator, mobil och läsplatta



medicin
instruktioner.se

Medicininstruktioner Sverige AB · 031-779 99 87 · info@medicininstruktioner.se

Forskningsintresset fortsatt stort bland Sveriges ST-läkare

Mer än 90 procent av Sveriges ST-läkare i reumatologi är nyfikna på, eller uttalat intresserade av, att själva bedriva forskning. Det visar sammanställningen av den ST-enkät om forskningsintresse som utbildningsansvariga och vetenskaplig sekreterare i SRF-styrelsen satte samman under förra året.

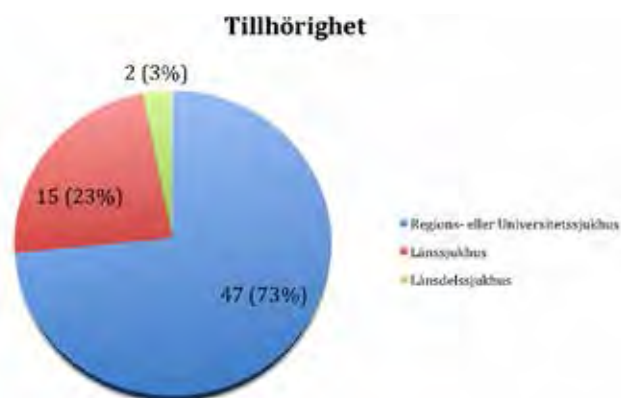
Skälen till att vi tagit initiativ till en inventering av forskningsintresset bland Sveriges ST-läkare i reumatologi är flera. Såväl den experimentella som den kliniska och translationella forskningen är och har länge varit stark inom svensk reumatologi. Det har funnits, och finns fortfarande, starka företrädare inom svensk reumatologi men vi står så småningom inför generationsskiften på flera utbildningsorter. Någon evaluering av intresset för forskning bland ST-läkarna har, såvitt vi vet, inte tidigare genomförts.

Ett ytterligare skäl är att säkerställa att alla ST-läkare erbjuds möjlighet att uppfylla Socialstyrelsens målbeskrivning för ST-läkare från 2008 avseende Kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete (delmål 19 och 20). Här stipuleras att varje ST-läkare ska ges möjlighet att gå en kurs i forskningsmetodik. Därtill rekommenderar SRF att ST-läkaren ska ha tillgång till en disputerad handledare under sitt individuella arbete enligt vetenskapliga principer. Målet har således även varit att belysa hur dessa mål uppfylls, samt att undersöka hur det allmänna intresset för forskning ser ut och hur många ST-läkare som är engagerade i doktorandprojekt.

Acceptabel svarsfrekvens

Enkäten skickades initialt ut i juni 2014 som PDF till studierektorerna för vidarebefordring till ST-läkarna vilka ombads skriva ut formuläret, fylla i det och skicka in till oss. På grund av klen genvägar formaterades enkäten om till en elektronisk länk under hösten och studierektorerna uppmanades informera sina ST-läkare om vikten av att enkäten ifylldes elektroniskt. Ett par påminnelser resulterade i ett slutligt underlag på 64 stycken vilket motsvarar en svarsfrekvens på 72 procent. En övervikt av svaren kommer från regions- och universitetssjukhus (Figur 1).

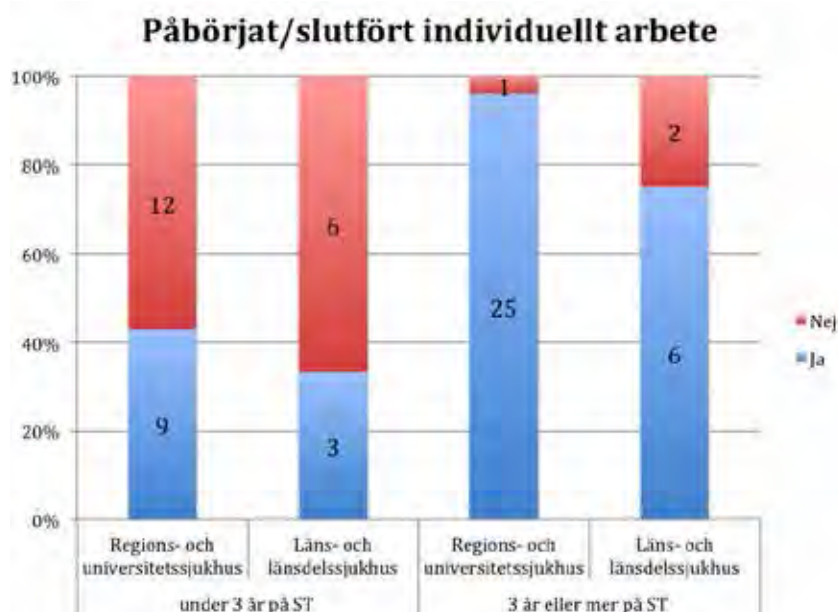
Mest glädjande är den stora andel ST-läkare som uppger sig vara intresserade (50 procent) eller potentiellt intresserade (42



Figur 1: Fördelning av sjukhustillhörighet hos ST-läkare som besvarat enkäten.

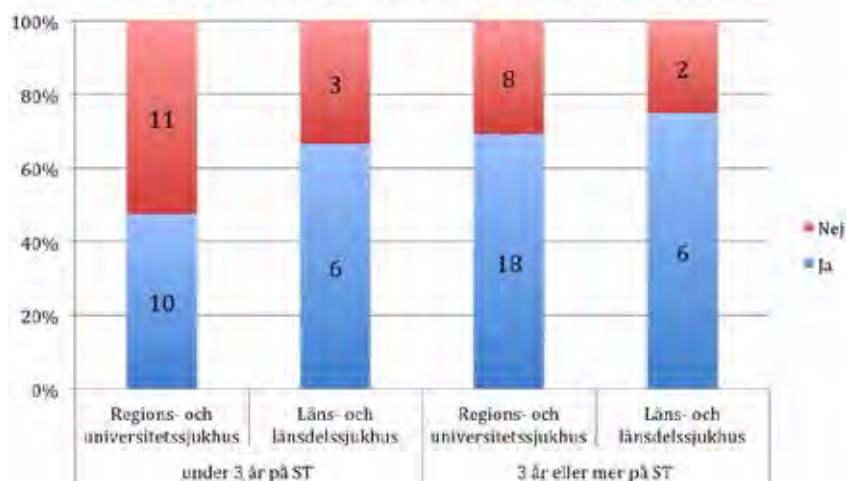


Figur 2: Fördelning av intresse för forskning hos ST-läkare som besvarat enkäten.



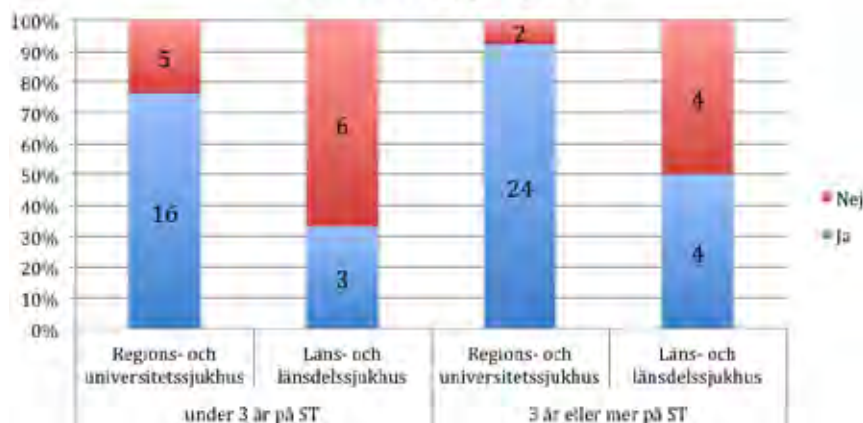
Figur 3: Illustration över ST-läkare som påbörjat eller slutfört individuellt arbete i relation till avverkad tid under ST-utbildning.

Möjlighet att gå kurs i forskningsmetodik



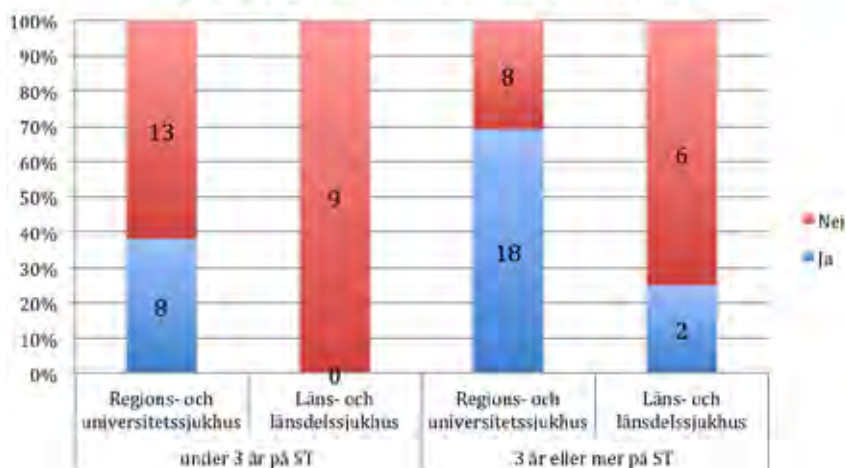
Figur 4: Illustration över ST-läkare som fått möjlighet att gå kurs i forskningsmetodik i relation till avverkad tid under ST-utbildning.

Tillfrågats om deltagande i forskningsprojekt



Figur 5: Andel ST-läkare som tillfrågats om deltagande i forskningsprojekt vid regions- och universitetssjukhus respektive läns- och länsdelssjukhus.

Egen pågående forskningsaktivitet



Figur 6: Andel ST-läkare med egen pågående forskningsaktivitet vid regions- och universitetssjukhus respektive läns- och länsdelssjukhus.

procent) av att bedriva forskning (Figur 2). En viktig observation är att intresset av att bedriva forskning inte enbart finns på regions- och universitetssjukhusen. 76 procent av ST-läkarna på läns-/länsdelssjukhus anger att de är forskningsintresserade.

Individuellt vetenskapligt arbete

Figur 3 illustrerar att de allra flesta ST-läkare har genomfört, eller åtminstone påbörjat, sitt individuella arbete enligt vetenskapliga principer då minst 3 år av ST-blocket avverkats. Tendensen är att det vetenskapliga arbetet påbörjas tidigare om ST-läkaren tjänstgör vid regions- eller universitetskliniken. 27 procent (17 stycken) av ST-läkarna hade påbörjat eller slutfört det individuella arbetet som del i ett doktorandprojekt, av dessa fanns 94 procent (16 av 17) på universitetssorterna.

Kurs i forskningsmetodik

Avseende tillgång till kurs i forskningsmetodik fann vi inga dramatiska skillnader mellan läns-/länsdelssjukhus och regions-/universitetssjukhus (Figur 4). Snarast tenderar tillgången till dessa kurser vara bättre vid läns-/länsdelssjukhus. Vi kan även utläsa att ST-läkarna huvudsakligen tenderar att få tillgång till kurser i forskningsmetodik under senare delen av sina ST-block.

Egna forskningsprojekt

På regions- och universitetssjukhusen tillfrågas ST-läkarna om deltagande i forskning redan tidigt, och mot slutet av ST har mer än 90 procent (24 av 26) fått en förfrågan om att delta i ett forskningsprojekt (Figur 5). Detta avspeglas också i andelen ST-läkare som har en egen pågående forskningsaktivitet. Ca 2/3 av ST-läkarna på regions-/universitetssjukhusen anger att de har detta under senare delen av ST (Figur 6).

På läns- och länsdelssjukhusen har 50 procent av ST-läkarna erbjudits deltagande i forskningsaktivitet då minst 3 år av ST-blocket avverkats (Figur 5). Antalet ST-läkare som antagit utmaningen och åtminstone påbörjat ett eget forskningsprojekt var dock lågt (Figur 6).

Slutsatser

Visserligen var svarsunderlaget på denna enkät endast cirka 72 procent (med klar övervikt för regions- och universitetssjukhusen) och vi har begränsad kännedom om vilka som inte svarat (många var dock föräldralediga!), men vi anser oss ändå kunna konstatera att intresset för forskning är stort bland Sveriges ST-läkare i reumatologi. Detta är en punktmätning och naturligtvis krävs att undersökningen genomförs kontinuerligt för att ge en mer heltäckande bild om tendenser.

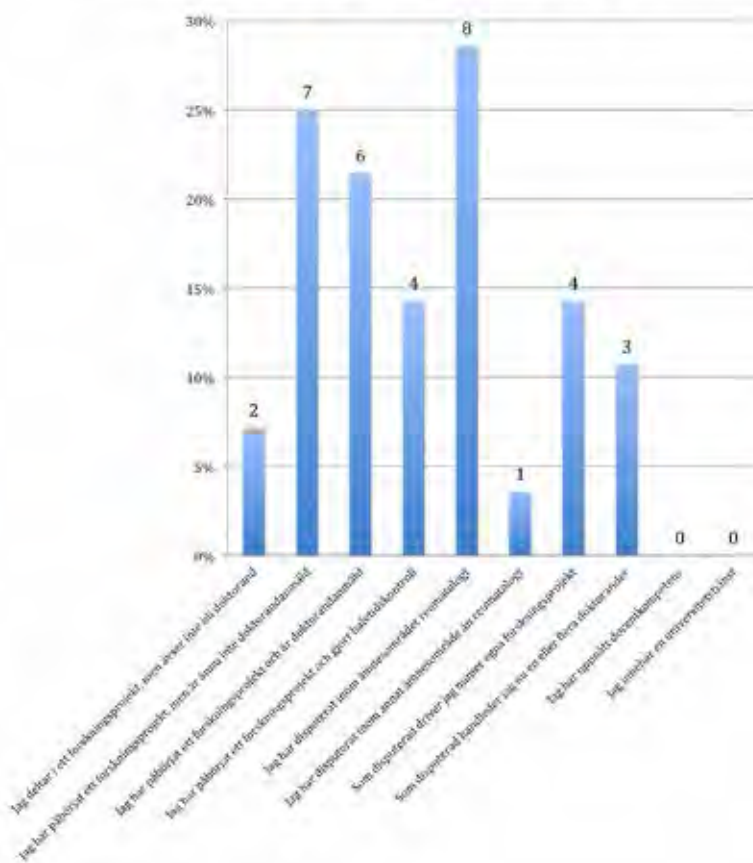
På många ställen blir forskningsintresset väl omhändertaget och resulterar i dokto- ➤

randprojekt och avhandlingar med mera (Figur 7). Denna enkät visar dock att intresset för forskning är större och utbrett även utanför universitetsorterna. Tas detta stora intresse till vara på bästa sätt? Finns de rätta förutsättningarna och resurserna för unga forskare?

Vi skulle vilja följa upp dessa resultat med återkommande enkäter och kanske nästa gång även inventera vilka faktiska resurser (t.ex. handledning, ekonomi, lab-resurser, etc.) som finns tillgängliga för ST-läkare med forskningsintresse samt utvärdera vilka andra hinder som kan finnas för forskning under ST. Men redan nu vill vi uppmana våra forskningsledare: Fånga upp det stora intresse för forskning som finns bland ST-läkare runt om i landet!

Yulia Stennikova
Ann Knight
Christopher Sjöwall

Vad stämmer om egen pågående forskning?



Figur 7: ST-läkarna har angivit vilket/vilka påståenden som bäst överensstämmer med deras forskning. Flera svar var möjliga (35 svar från 28 ST-läkare).

GRATTIS · Vi gratulerar Ioannis Parodis

Grattis! Vi gratulerar...



Ioannis Parodis som erhöill Pedagogiskt pris för bästa handledarinsats av läkarkandidater.

ReumaBulletinen vill uppmärksamma utmärkelser och belöningar som enskilda personer inom svensk reumatologi erhåller eftersom dessa också kan sägas belöna svensk reumatologi som helhet. Vi uppmanar läsekretsen att skriva till oss när någon erhåller utmärkelse som bästa handledare eller bästa lärare eller hedersdoktor eller ledarskapspris el dyl.

Specialistläkaren Ioannis Parodis – som är välbekant för ReumaBulletinens läsare - erhöill pedagogiskt pris för bästa handledarinsats av kursen Klinisk Medicin VT 2014-HT 2014.

Priset baseras på läkarstudenternas sammantagna omdöme efter avslutad kurs Klinisk Medicin vid Karolinska Universitets-



sjukhuset i Solna. Priset avser bästa handledarinsats inom grundläggande internmedicin samt inom handledares specialtområde under ett akademiskt år (termin 5 och 6).

Kriterierna är engagemang och kunnskap i att förmedla klinisk kunskap. Priset delades ut av Institutionen för Medicin vid Karolinska Institutet av kursens studierektor Ann-Sofie Backman i januari 2015.

Ioannis krönika

Det luktar vår överallt, vart man än går i staden. Körsbärsträden i Kungsträdgården är så rosa som de kan bli och formar två stora långa paraplyer under vilka folk strosar runt med ett leende på läpparna. Erik af Klint var tydlig, det är obligatoriskt att ta sig till Kungsan och se träden medan de står i full blom och fortfarande är vackra. Det var nog den mest ursäktliga kategoriska uppmaningen jag har varit med om på länge! För egen del blir det en planlös promenad med en glass i handen under körsbärshimlen innan det bär av till en spontan kulturutflykt under Stockholms kulturnatt. I natt är nästan allt i Stockholm öppet och det mesta är alldeles gratis. Kyrkor, museer, scener och övriga kulturinstitutioner.

Det är inte så ofta som jag ägnar tid åt kultur och jag inser idag att Stockholm har fortfarande mycket som jag ännu inte har upptäckt. Många intryck blir det och tiden går fort innan klockan slår midnatt. Nu hemma för te, macka och krönika.

På jobbfronten och i Solna verkar planeringen inför flytten till det nya sjukhuset vara i full fart. Jag gör min lilla insats genom att delta i två mycket inspirerande workshoppar om "pedagogiska strategier i det nya vårdlandskapet inför Nya Karolinska Solna". Inför det var jag på ett kort studiebesök i Linköping där jag deltog i ett seminarium för läkarstudenter i termin fyra inom ramen för en ny lärometod, nämligen "clinical reasoning". Clinical reasoning tar problembaserat lärande ett steg närmare verkligheten i den kliniska vardagen, redan på preklinisk nivå. Studenterna imponerade på mig med hur duktiga de var på att resonera och tänka brett. De kunde ovanligt tidigt i utbildningen knyta ihop teori och klinisk bild, föra tankarna från cellnivå till manifestation, sätta upp en helt adekvat plan för differentialdiagnostik och utredning. Det bådar gott för våra framtida kollegor!

I en av dessa workshoppar fick jag även höra lite skvaller om Lars Klareskog, som jag nu tänker dela med mig av. För visst vill du veta vad Lars gjorde som läkarstudent i Uppsala år 1972? Ja, det vill du... Han var tydligen lika initiativrik då som han är idag. Min källa påstår att han var drivande i ett "projekt" där åtta forskningshonor, bortglömda av Claes-Göran Östenson under en sommarsemester, slaktades till kycklingsal-



Oraklet har flyttat men Delphi är fortfarande jordens navel. Hela cypressen fick inte vara med i bilden. Det får bli nästa gång.



Varlaamklostret i Meteora. Hur munkarna lyckades bygga klostret så nära kanten på den lodräta klippan är en gåta.

lad för 60 personer. Sådant höll Lars Klarreskog på med under termin åtta, kirurgterminen, vilket nog passar bra när man ska slakta kycklingar. Han var alltså mycket för att tillämpa teorin i verkligheten, lång tid före clinical reasoning! De hade dock inte räknat med att hönorna var så magra, och behövde därför komplettera med färdiggrillade kycklingar från Martin Olsson. Då blev det riktigt bra!

Har du sett James Bonds film "For your eyes only"? Det har inte jag – actionfilmer har aldrig tilltalat mig – men i påskas hade jag äran att besöka det helt makalösa landskapet där en del av filmen spelades in. Om du inte har varit i Meteora så måste du lägga till det på din lista med framtida resmål. Det ligger i Greklands hjärta, någonstans mellan Aten och Thessaloniki om man inte är alltför nogräknad. Det känns som om man har förts in i en annan dimension när man väl befinner sig på de riktigt branta klipporna, ofta skrämmande nära himlen. På klipptopparna hittar man sex kloster, fem munkkloster och ett nunnekloster för att vara exakt, byggda på ett sätt som ger ett intryck av att klippan fortsätter uppåt för att komma några meter närmare Gud. För min storrökande pappa är några otillgängliga än idag. Hur man klättrade och byggde klostren på 1400-talet kommer förmodligen att förbli ett mysterium.

Nästa stopp på min tur blir Delfi i ett försök att möta oraklet och få reda på min framtid. Inte undra på att Delfi var ett så pass populärt ställe en gång i tiden. Vyn från bergssluttningen där Delfi är byggt om-

fattar ett storslaget landskap. Vi befinner oss mitt i en konstellation av några av Greklands högsta berg och vid foten av ett av dem, nämligen Parnassos. Ett ställe som utöver skönhet även avger mystiska vibbar. Zeus örnar pekade på just Delfi när guden skulle identifiera jordens mittpunkt, omfalos, som betyder navel. Men oraklet har tydligen flyttat och eftersändning saknas. Det är däremot lite oklart huruvida det fortfarande ångar i Apollontemplet – för dig som inte läst eller hört vad som hände i Delfi så var det just dessa uppstigande ångor som oraklet, Apollons prästinna, Pythia, andades in och hamnade i ett extatiskt tillstånd i vilket hon stötte ut osammanhängande ord som därefter prästerna satte samman till dunkla och mångtydiga spådomar. Visst är det lite misstänksamt att ingen får gå in i templet idag? Jag har en känsla av att det sker konstiga saker i Delfi efter stängningsdags.

Jag ska inte gräva mer i grekiska mysterier utan väljer att spara mina detektivförmågor till nytta på avdelning D26 som för stunden är proppfull med vaskuliter, myositer och SLE. Därmed är denna krönika till ända och du ska strax få bläddra vidare i Bullen. Men först vill jag att du lovar mig en sak, som du nog nästan anar vad det är vid det här laget. Oavsett om du tillbringar dina somrardagar i trädgården eller i skärgården, på jobbet eller i skogen, glöm aldrig att le!

Ioannis Parodis

ioannis.parodis@karolinska.se



Fångad under körsbärshimlen i Kungsträdgården. När du läser denna krönika har blommorna somnat för i år, men du vet vad du ska göra samma årstid om ett år...

KATERINAS CARTOON · Katerina Chatzidionysiou



Bilden har fotografen tagit,
utan någon ersättning.

Annonssidan är
skänkt av tidningen
du läser.

Havet är fritt.

Radarn och sökarljuset
är också gåvor.

Räddningsbåten är
skänkt av en
privatperson.

Frivilliga sjöräddare
ställer upp utan lön.

Kläderna har de
frivilliga betalt själva.

Livflotten har vi fått
av en medlem.

ALLT I DEN HÄR ANNONSEN ÄR GRATIS.

Så mycket pengar som möjligt ska gå till att rädda liv. Och så lite som möjligt till administration och andra omkostnader – som till exempel reklam. Det är målet för Sjøräddningssällskapet. Vi får nämligen inga bidrag av staten utan litrar helt på gåvor och frivilligt arbete.

Ett bra sätt att stödja oss är att bli medlem på sjoraddning.se. Du kan också ringa 077-579 00 90 eller sätta in en slant på pg 90 05 00-0. Även om den här annonsen är gratis, behöver vi pengar till allt från bränsle och reservdelar till utrustning och utbildning.



SJÖRÄDDNINGSSÄLLSKAPET

Rubriken är gjord av reklambyrå som jobbar ideellt.

Texten kostar heller ingenting. Skribenten skickar inga fakturor.

Logotypen tog designbyrå fram utan kostnad.

Framtidens reumarehab - e-rehab!

Som sammankallande i arbetsgruppen modern reumarehabilitering har jag av Tomas Bremell fått i uppgift att tänka framåt i ett rehab perspektiv. Inspirerad bland annat av studiebesök hos Lars-Erik Kristensen på Parker institutet i Köpenhamn och av Eva Pilsäters föreläsningar om e-hälsa på reumatologens utvecklingsdagar samt RULe, reumatologins ledarskapskurs, skånedelen, kommer här mina tankar om framtidens reumarehab där jag förutsätter fortsatt förbättrade farmakologiska behandlingsmöjligheter, fortsatt internationalisering av samhället och större inflytande i samhället av generation X och Y vilka saknar tillit till institutjoner. För framtidens rehabilitering har jag tagit fasta på generation Y (födda 1985-2000) som prioriterar livsstil och multitasking samt genast vill ändra på allt som inte fungerar.

Framtidens rehabilitering ska vara personcentrerad och lättillgänglig för alla patienter. Detta har vi möjlighet till genom att skapa e-rehab som bas. Kunskapsöverföring kan bli bra elektroniskt. Utbildningsfilmer kan vara kvalitetssäkrade och finnas nivåindelade. Det ska t ex finnas basutbildning om de olika sjukdomarna, fortsättningsfilmer till avancerad immunologi med senaste forskningsrön. Fördelen med att ha dessa via internet är att de alltid finns tillgängliga och patienten kan välja vad de vill se när och med vem. Dessa filmer kan också finnas på olika språk. Vi kan göra filmer om flertalet viktiga ämnen som levnadsvanor, balans i vardagen, vad är smärta och hur hanterar man smärta, etc.

Nyinsjuknad patient

För en nyinsjuknad patient skulle framtidens rehab kunna se ut så här: Vid diagnos-tillfället får personen muntlig och skriftlig information om de utbildningsprogram som finns på nätet och vilka hemsidor som är bra att titta på. Någon gång under månad 1-3 får patienten träffa teamet individuellt. Det personliga mötet är viktigt även i vår e-värld. På kliniken ordnar man regelbundet diskussionsträffar (som förutsätter att patienterna tittat på utbildningsfilmerna) där patienterna har möjlighet att ställa frågor som ev dykt upp till personal och coachutbildade patienter och de har också möjlig-

het att träffa andra patienter. Där informeras om befintliga chatgrupper. Därefter kan patienterna själva beställa tid till respektive yrkeskategori efter behov.

Chatgrupper

Knutet till kliniken och patientförening finns ett antal elektroniska samtal/chat grupper där personal och/eller specialutbildade patientcoacher deltar. Dessa grupper fungerar som coaching grupper där patienten kan välja att vara med. Det kan finnas grupper som handlar om; mer information om sjukdomen, ökad fysisk aktivitet, balans i vardagen, self managementgrupper, smärthantering. I dessa chatgrupper som självklart ska vara slutna och ha tydliga regler kan patienter chatta både med varandra och med personal. Vi vidareutvecklar samarbetet med patientföreningar och har patientcoacher, som har utbildning inom coaching. Dessa grupper kan variera i struktur så att vissa t ex self management, träningsgrupper följer strukturerade evidensbaserade program medan andra är mer av undervisningskaraktär och ytterligare andra mer diskussionsgrupper/mötesgrupper.

Levnadsvanor

För att få patienten uppmärksam på levnadsvanor, funktion, aktivitet och delaktighet samt vad som behöver stärkas i patientens personliga faktorer och miljö ska det finnas möjlighet att svara på olika frågeformulär elektroniskt. Dessa bearbetas elektroniskt och patienten får tillbaka information om hen följer de rekommenderade riktlinjerna för vad som är hälsosamma levnadsvanor. Patienter kan också få fram vad hen behöver stöd med. Förslag på individuellt rehabiliteringsprogram anpassat efter ålder, kön, och vikt kan komma direkt från datorn. Patienter kan också dela informationen som kommit fram med sin vårdgivare och tillsammans kan man göra en rehabplan. Denna kan skrivas in i en app där patienten lägger upp mål och delmål vad som ska göras varje dag, vecka under bestämd tid. Uppföljning sker kontinuerligt via appen och tid och plats för gemensam uppföljning bestäms samtidigt som man gör rehabplanen. Appar med denna funktion finns redan massor av. För fysisk aktivitet finns tex runkeeper och funbeat där man lägger in mål och planerat tränings-

program. Därefter registrerar man varje träningsstillfälle och får på ett åskådligt sätt se hur man ligger till och måluppfyllelse som fina diagram. Man kan bjuda in träningskompisar och kan då jämföra resultat med varandra. Elektronisk coaching kan också ske kontinuerligt via appen och även via SMS.

Friskvård och sjukvård

För att dessa grupper ska fungera krävs aktivt deltagande av alla parter. Skillnaden mellan friskvård och vård understödd av sjukvården blir om det finns med sjukvårdspersonal. Patientledd coaching blir ett mellanting. Att som i personcentrerad vård lägga ansvaret på patienten så försvinner eller suddar man ut gränsen mellan friskvård och där sjukvården tar ansvar. Oavsett hur grupperna styrs har patienten huvudansvar och borde också kunna ansvara för uppföljning. Denna bör diskuteras med coach och behandlande personal. Successivt kan grupperna bli mer och mer självfungerande utan inblandning av sjukvårdspersonal.

Att vara tillgänglig för råd och frågor både elektronisk, per telefon och vid besök blir en utmaning för sjukvården. För att nå generation X och Y är det här och nu som gäller. Utvecklingen mot chatgrupper borde dock ge sjukvården möjlighet att ha fler patienter igång i olika grupper då mycket kan byggas på grupp coaching och fördelas mellan yrkeskategorier. Självklart måste e-säkerheten säkras men vi måste inom sjukvården ta steget och utnyttja internet, SMS och de elektroniska möjligheter som finns fullt ut. Samarbete mellan olika discipliner borde ge samarbetsvinster, dels är mycket om levnadsvanor gemensamt för alla. Patienter som har olika sjukdomar borde också kunna följa olika program där vissa bitar är gemensamma, till exempel vid hjärt-kärlsjuklighet. Man borde också kunna få till ett samarbete med primärvården elektroniskt så att kommunikation mellan patient specialist och primärvård skulle kunna vara tillgänglig för alla parter. Det kanske är patienten som ska äga journalen och att specialist och primärvårdsläkare går in och gör sina anteckningar? Då kan patienten ge lov till olika behandlare att komma åt information.

Hur går vi vidare?

Jag tycker reuma Sverige ska gå samman



och göra utbildningsfilmer om våra sjukdomar som vi lägger ut på nätet. Vi gör dessa filmer tillsammans med våra patienter via reumatikerförbundet. Vi kan på så sätt få högkvalitativa filmer som kan nivågraderas från mycket enkel till avancerad information om sjukdomarna där patienten själv kan välja vad de vill se och när. Gör vi denna satsning nationellt blir dels informationen likvärdig och det skulle inte heller behöva bli så mycket arbete för varje enhet om vi fördelar arbetet över landet. Detta skulle möjliggöra kontinuerlig uppdatering och att ha filmer på flertalet förekommande språk.

Ny IT-plattform

Sjukvården behöver få en ny it plattform där våra olika program är integrerade så att man slipper all dubbeldokumentation. När vi chattar med patienter ska det självklart generera en journalanteckning. Dock kan vi inte vänta tills det är på plats utan vi får börja genom att använda det som redan finns och ställa krav på hur vi vill att den nya plattformen ska fungera. Mina vårdkontakter finns redan och kan säkert vidareutvecklas. Det lär finnas 40 000 hälsoappar så många av dessa är säkert användbara redan.

RULE

På RULE (reumatologins pågående ledarskapskurs) hade vi besök av MFFs tränare Age Hareide och han håller på att utarbeta en app för fysisk aktivitet där man får ett individuellt anpassat träningsprogram kopplat till ett pulsarmband. Ett inbyggt handikappsystem byggt på ålder, kön och vikt gör att alla kan tävla mot varandra. Genom motivation anser han att man bör kunna få igång de flesta. Han föreslog att man kan bjuda in kändisar som peppar och att det

finns priser att vinna. Han har redan testat appen på personalen på en bank i Norge.

På Parker institutet i Köpenhamn där Lars-Erik Kristensen, tidigare reumatolog på SUS, nu arbetar, har de snart framme en e-rehabmodul som bygger på att patienten svarar på en mängd frågor. Utifrån svar från normalbefolkningen kommer därefter förslag på rehabiliteringsprogram. Patienten kan också fotografera svåra moment i vardagen och få råd eller beställa tid till terapeut.

Patientens egen provtagning som Sofia Ernestam precis fått pris för bidrar stort till att patienten tar mer ansvar för provtagning och får sina egna provsvar. Snart kan förhoppningsvis hela provtagningen flytta hem till patienten. På Parker institutet arbetar de också med att ta fram små analysmaskiner där patienten tar kontrollprover kapillärt hemma. Svaren skickas via Bluetooth till klinikkens databank och lärmar vid patologiska prov.

Största invändningen mot e-rehab är frågan hur vi gör med de som inte använder datateknik. Självklart måste det finnas alternativsystem för dem. Man kan ordna filmvisningar på mottagningar och via patientföreningar. Dock hoppas jag att läsplattan snart kommer att vara allas egenhet. Efter att ha sett hur världen vidgades för en nära anhörig som fick en läsplatta i 80-års present så tror jag alla kan ha glädje av och lära sig att använda en läsplatta.

Hur nå de omotiverade?

En större utmaning tror jag är att motivera alla till egenansvar. Hur når vi den grupp i samhället som har ohälsosamma levnadsvanor och därmed många riskfaktorer för sjukdom? Hur får vi dem att ändra levnadsvanor när de drabbas av en sjukdom kontra hur mycket energi ska vi lägga på den grupp

som redan är "hälsofreaks" och tränar regelbundet med eller utan personlig tränare, är ständigt uppkopplade mot appar som räknar steg, kaloriförbrukning och registrerar intag av kolhydrater, proteiner och fett. Är levnadsvanor individens eller samhällets ansvar? Läkarförbundet förespråkar ett delat ansvar vilket det går att läsa mer om i "det ska vara lätt att göra rätt" och jobbar aktivt med "Tobacco endgame – rökfritt Sverige 2025". Eftersom vi vet att ohälsosamma levnadsvanor i hög grad bidrar till sjukdom och sjukvården även har till uppgift att arbeta preventivt är det lätt att ställa sig bakom delat ansvar. Gränsen mellan sjukvård och friskvård kanske mår bra av att suddas ut? För sjukvården blir ändå en av de största utmaningarna hur man ska kunna motivera alla och ge alla en likvärdig vård. Jag tror inte bara att det är jag som har en viss motvilja mot de e-utbildningar som vi gör på jobbet. Här gäller det nog för oss alla att jobba med och hitta motivationen och sätt att motivera andra! Jag tycker vi ska starta genast inom reumatologin och jobba framåt med e-rehab!



Elisabet Lindqvist
överläkare, Reumatologkliniken/
Skånes Universitetssjukhus, ordf i
MORR (modern reumarehabilitering) inom SRF

Hälsofrämjande fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom

I Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder slås fast att åtgärder ska sättas in för att öka den fysiska aktiviteten hos personer som inte uppnår minst 150 minuters måttligt intensiv eller minst 75 minuters höginintensiv fysisk aktivitet per vecka.

Den rekommenderade insatsen är "rådgivning med adjuvans". Rådgivningen ska ta minst 10 minuter, vara individuellt anpassad och kan innehålla motiverande strategier. Adjuvansen består av stegräknare, fysisk aktivitet på recept och/eller särskild uppföljning per telefon, e-post eller brev. Dessa åtgärder avser befolkningen i stort, dit personer med reumatisk sjukdom naturligtvis hör, och prioriteras till tre på den tiogradiga skala som används. För personer med vissa sjukdomstillstånd, t ex övervikt, högt blodtryck, ischemisk hjärtsjukdom, depression och kronisk smärta, höjs prioriteten för rådgivningen till ett eller två. För dem med diabetes och blodfetsrubbningskrävs "kvalificerad rådgivning" med prio ett, dvs livräddande.

Den kvalificerade rådgivningen tar mer än 10-30 minuter, är teoribaserad och ges av personal utbildad i beteendemedicin. Träning inom hälso- och sjukvården prioriteras i detta riktlinjearbete till 10 eftersom det inte medför förändring i livsstil.

I de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar som kom året efter, 2012, prioriteras övervakad träning inom hälso- och sjukvården till 5 för både ankyloserande spondylit och reumatoid artrit, medan hemträning och coaching av vardagsaktivitet prioriterades mellan 8 och 10. Därmed blir det väldigt tydligt att de båda riktlinjearbetena haft olika perspektiv. Samtidigt anges i riktlinjerna från rörelseorganens sjukdomar att riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder gäller och ska följas. Sammantaget innebär de båda riktlinjerna:

- att individuellt utformad rådgivning om fysisk aktivitet ska ges till fysiskt inaktiva personer, också dem med reumatisk sjukdom.
- att omfattande rådgivning ska ges, av beteendemedicinskt utbildad personal, till personer med sjukdomar som är vanliga vid reumatisk sjukdom.
- att övervakad träning inom hälso- och sjukvården visserligen kan förväntas

påverka kroppsfunctioner hos personer med reumatisk sjukdom, men inte i sig medför en förändring mot en mera fysiskt aktiv livsstil.

Konsekvenser för svensk reumatologi

Följden av riktlinjearbetena blir således att ett stort antal personer med reumatisk sjukdom bör få träning inom hälso- och sjukvården, men att de ska få råd och stöd för att bryta en fysiskt inaktiv livsstil. Våra data från ett urval av över 3000 patienter med RA i Svensk reumatologis kvalitetsregister visar att nästan 70% anger att de för närvarande uppfyller kraven på 150 minuters måttligt intensiv fysisk aktivitet per vecka. Om man istället frågar om de gjort det i minst ett halvår, sjunker andelen drastiskt till cirka 20%. Intressant nog bestäms inte det fysiska aktivitetsbeteendet huvudsakligen av sjukdomsrelaterade faktorer utan av tilltron till den egna förmågan att vara fysiskt aktiv, stödet från omgivningningen för att vara fysiskt aktiv och tron på att fysisk aktivitet påverkar såväl RA-symptomen som hälsan på sikt.

Om vi således enbart håller oss till RA skulle cirka 80% av våra patienter, enligt de kriterier som uppställts av Socialstyrelsen, behöva råd och stöd för att initiera och bibehålla en fysiskt aktiv livsstil. Frågan är var resurserna ska tas för minst 10 minuters rådgivning per patient, vilka yrkesgrupper som ska ha ansvar för detta och också utbildas i beteendemedicin. Naturligtvis behöver alla som möter fysiskt inaktiva patienter ge samma budskap, men enkla råd räcker inte och vid reumatisk sjukdom behövs mer än samtal. Här har fysioterapeuter en viktig roll för att praktiskt förmedla hur måttlig intensitet ska kännas och hur aktiviteterna kan anpassas individuellt för onda leder, svaga muskler och rörelserädsla. Processen kan gärna inledas inom hälso- och sjukvården, men behöver sedan ske på andra arenor för att leda till varaktig förändring.

PARA 2010-projektet

I detta projekt har vi, med hjälp av fysioterapeuter från reumatologkliniker i Boden, Östersund, Danderyd, Solna, Huddinge, Eskilstuna, Norrköping och Linköping, prövat en modell för utlokalisering av stödet för fysisk aktivitet från hälso- och sjukvården till allmänna gym. Målet med det ettåri-

ga programmet var att deltagarna med RA skulle vara fysiskt aktiva minst 30 minuter dagligen på minst måttlig intensitet och att aktiviteten minst två dagar per vecka skulle bestå av cirkelträning på utvalda gym. De förband sig att vara kunder på gymmet i ett år och deltog också varannan vecka i en stödgrupp under ledning av fysioterapeuter. Dessa utbildades inom projektet om hälsofrämjande fysisk aktivitet, evidensbaserad träning vid RA samt i användning av beteendemedicinska verktyg för att stödja varaktig förändring i fysisk aktivitet.

Gruppträffarna strukturerades med hjälp av en deltagarhandbok med ämnen för 20 gruppträffar och en manual för fysioterapeuterna. Kärnan i varje gruppträff bestod i att sätta SMARTa (specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsatta) mål för den fysiska aktiviteten under nästkommande tvåveckorsperiod samt att följa upp och reflektera över hur målen för föregående tvåveckorsperiod uppfyllts. Utöver det kunde ämnena variera, t ex smärta och träning, sömn, trötthet, styrketräning och socialt stöd. Vid första grupptillfället gav fysioterapeuterna praktiska instruktioner i de övningar som ingick i cirkelträningen. Under gruppträffarna tillämpade fysioterapeuterna sina beteendemedicinska verktyg och försökte undvika en expertroll där de förväntades veta allt om hur deltagarna skulle få till den fysiska aktiviteten och träningen. Istället uppmuntrades deltagarnas egna incitament och gruppdeltagarnas stöd till varandra.

Gymmen tillämpade drop-inprincipen och varje deltagare kunde alltså träna närhelst det passade under gymmets öppettider. En timma varannan vecka fanns en fysioterapeut på plats i gymmet på fast tid för att kunna ge ytterligare instruktion till den som så behövde. Alla deltagare utrustades med stegräknare och tillgång till en webbsida för monitorering av sin fysiska aktivitet. Pulslockor användes för att göra dem medvetna om intensiteten i sina aktiviteter. Varje söndag besvarade de två SMS om hur många dagar de cirkeltränat respektive varit måttligt fysiskt aktiva den senaste veckan.

Hur fungerade PARA-konceptet?

Efter ett år rapporterade en tredjedel av de 220 som påbörjat PARA-projektet att de under minst 6 månader hade uppfyllt



Figur 1. Cirkelträning på gym ingår i PARA-konceptet.



Figur 2. I stödgrupper användes beteendemedicinsk teori och verktyg.

kriterierna för hälsofrämjande fysisk aktivitet inklusive cirkelträning två gånger per vecka. Detta var en statistiskt signifikant ökning jämfört med studiestart då ingen av studiedeltagarna uppfyllde detta kriterium.

Med tanke på hur svårt det är att förändra beteende, får detta anses vara ett mycket gott resultat.

Den självskattade sjukdomspåverkan minskade signifikant mer hos dem som deltagit mer i cirkelträning än hos dem som deltagit mera sällan. Muskelfunktionen förbättrades mer hos dem som i högre utsträckning deltagit i gruppträffarna. Tilltron till den egna förmågan att fortsätta vara fysiskt aktiva (exercise self-efficacy) ökade mer hos dem som deltagit mera i cirkelträning, men också hos dem som deltagit i högre utsträckning i gruppträffarna.

Naturligtvis passar PARA-konceptet mer eller mindre bra för olika personer med RA.

Detta har vi beskrivit i en kvalitativ intervjustudie med rubrik 'En skänk från ovan eller Detta var inget för mig'. Fantastiska exempel på individuella vinster av deltagandet i projektet, som aldrig kan fångas kvantitativt i siffror, ges där av deltagarna. Bland dem som inte tyckte att det var något för dem fanns ändå generellt en positiv inställning till konceptet och flertalet skulle rekommendera PARA-konceptet till någon med samma problem som de själva har.

För att kunna ge kliniska rekommendationer identifierade vi också 'responders', i det här fallet de som hade förbättrats minst 10% i självskattad sjukdomspåverkan och minst 10% i två av tre fysiska tester (kondition, uppresning på tid och greppstyrka).



Figur 3. Stödgrupperna strukturerades utifrån handböcker för både deltagare och fysioterapeuter

De 80 personer som efter ett år kunde definieras som 'responders' hade signifikant högre utbildning, bättre inkomst och mindre samsjuklighet än de övriga 104 som deltog i ettårsmätningarna. De hade också lägre fysisk aktivitetsnivå, sämre muskelfunktion och sämre kondition vid studiestart än 'icke-responders'. Det verkar alltså som om personer med hög utbildning och god inkomst samt låg fysisk aktivitetsnivå och mer nedsatt fysisk funktion skulle vara den grupp som passar bäst för PARA-konceptet. Om en sådan målgrupp i högre utsträckning skulle kunna få del av ett PARA-koncept, skulle det frigöra resurser och förbättra möjligheterna till stöd inom hälso- och sjukvården för dem som inte har samma förutsättningar.

Man frågar sig naturligtvis hur många av våra patienter med RA som kan passa för och vara intresserade av ett sådant koncept som vi använt oss av. I PARA-studien var det 11% av de knappt 2000 personer som uppfyllde basala inklusionskriterier (<75 år, HAQ <2) som påbörjade interventionen. En ganska stor andel avstod för att de redan var, eller ansåg sig vara, tillräckligt fysiskt aktiva. Andra skäl som angavs var avstånd, kostnad och att prioritering av sociala åtaganden (jobb och familj) prioriterades högre. Vi kunde också identifiera sociodemografiska och psykosociala, men inte sjukdomsrelaterade, skillnader mellan dem som slutligen deltog i PARA-studien och dem som föll bort i rekryteringsprocessens olika faser. Här finns ett stort jobb att göra med att motivera dem som kanske allra bäst skulle behöva förändra sig mot en mera hälsosam livsstil.

Vi har ännu inte genomfört den hälsoekonomiska analysen av PARA-konceptet, men kan ändå konstatera att fysioterapeuternas insats var begränsad, d v s totalt 1,5 timme per vecka för att coacha två grupper om 15-20 deltagare. Hyres-, drifts- och overheadkostnader belastar inte vården utan gymmen, naturligtvis genom kundavgifter.

Deltagarna behöver inte heller vara borta från åtaganden på dagtid då det finns goda möjligheter att träna under kvällar och helger.

Utbildning behövs!

För att främja en aktiv livsstil behöver många fysioterapeuter utbildas och tränas i att använda beteendemedicinska verktyg för att guida sina patienter till varaktig förändring från en inaktiv till en fysiskt aktiv livsstil. Att detta inte är så enkelt visar våra intervjuer med fysioterapeuter som gavs sex dagars utbildning i detta arbetssätt inom projektet. Det medför mycket stress och osäkerhet att kliva ur sin expertroll för att istället lyssna in, följa och guida individer och grupper i att finna sina egna lösningar på hur man ska få till den fysiska aktiviteten. Även andra yrkesgrupper, framför allt läkare och sjuksköterskor, behöver utbildning i beteendemedicin, men när det gäller fysisk aktivitet vid RA behövs, till skillnad från rökavvänjning, också den praktiska handledning en fysioterapeut kan ge.

Strukturella hinder

Även om en del av fysioterapeuterna från PARA-projektet fortsätter att tillämpa sina nya färdigheter inom sitt kliniska arbete, ►

tror vi att många fler personer med RA skulle kunna involveras i hälsofrämjande arbete om PARA-konceptet fanns tillgängligt också utanför hälso- och sjukvården. Tyvärr verkar ett sådant koncept inte kunna omfattas av landstingens högkostnads-skydd som 'ska gå till dem med störst behov av sjukvård' och inte till förhållandevis friska personer som vill förebygga framtida ohälsa. Det finns också en okunskap hos gymmen om vad det extra stödet av fysioterapeut innebär för människor med reumatisk sjukdom. Många hävdar att de redan erbjuder samma tjänst då de har fysioterapeuter anställda. Detta stämmer inte, vilket också verifierades av deltagarna i PARA-projektet. För många blev deltagandet en riktig aha-upplevelse, de förbättringar de fick av rätt doserad, regelbunden träning och ett strukturerat stöd till beteendeförändring hade de inte upplevt tidigare, trots att de tränat av och till genom åren. De var, med rätta, upprörda över att inte ha fått information och stöd för detta inom vården.

Förmodligen behöver hälsoprofessionerna intressera sig mera för hälsofrämjande fysisk aktivitet och öka sina kunskaper och färdigheter för att främja den. I en nyligen publicerad studie undersökte vi med hjälp av enkäter till 837 svenska fysioterapeuter, läkare och sjuksköterskor, alla medlemmar i sina yrkesföreningars sektioner för reumatologi. Enkäten handlade bland

annat om attityder till, rådgivning om och upplevd kompetens för att stödja fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom samt utbildningsbehov på området. Svarefrekvensen på 29% visar tyvärr på ett begränsat intresse för området. Attityderna till fysisk aktivitet vid RA var visserligen signifikant mer positiva i Sverige än i motsvarande yrkesgrupper i Holland och Italien, men den upplevda kompetensen att använda olika beteendemedicinska tekniker för att främja den var inte på topp, utan varierade från 3.8 till 6.5 på tiogradig skala. Trots detta angav endast två tredjedelar av dem som besvarade enkäten att de behövde utbildning på området. Här finns utrymme för förbättring om vi vill utvidga vår kliniska praxis till att inkludera hälsofrämjande åtgärder i tillägg till de redan goda medicinska, omvårdande och rehabiliterande åtgärder som erbjuds inom svensk reumatologi.

Referenser

- Brodin N, Hurkmans E, Matteo L, Nava T, Vliet Vlieland TPM, Opava CH. Promotion of health-enhancing physical activity in rheumatoid arthritis. A comparative study between Italy, the Netherlands and Sweden. *Rheumatol Int.* 2015 Apr 14. [Epub ahead of print]
- Demmelmaier I, Lindkvist Å, Nordgren B, Opava CH. 'A gift from heaven' or 'This was not for me'. A mixed methods approach to describe experiences of participation in an

outsourced physical activity program for persons with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2015;34:429-39

- Nessen T, Opava CH, Martin C, Demmelmaier I. From clinical expert to guide. Experiences from coaching people with rheumatoid arthritis to increased physical activity. *Phys Ther.* 2014;94:644-5
- Nordgren B. Health-enhancing physical activity in rheumatoid arthritis. Prevalence, intervention and assessment. Doktorsavhandling, Karolinska institutet, 2014
- www.para.nu



Christina Opava

Professor
Institutionen för neurobiologi,
vårdvetenskap och samhälle
Sektionen för fysioterapi,
Karolinska institutet

SRFs engagemang i Almedalen ökar

I år deltar SRF med två seminarier och liksom tidigare år gör vi det i samarbete med Reumatikerförbundet. Vid båda tillfällena håller vi till i Ullmans tält.

Tisdag morgon den 30/6 har vi ett frukostseminarium - Värdeskapande behandling vid inflammatoriska sjukdomar? - där vi ställer frågan om hur resurserna till reumatiskt sjuka fördelas på optimalt vis. Enligt en nyligen publicerad rapport, som Ida Ahlberg skrivit, är rörelseorganens sjukdomar den vanligaste orsaken till ohälsa och sjukfrånvaro. Detta ger i sin tur upphov till mycket stora samhällsekonomiska kostnader, runt 100 miljarder kronor per år för denna sjukdomsgrupp. Katarina Steen Carlsson, projektledare Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) står bakom rapporten "Kostnader för

rörelseorganens sjukdomar i Sverige år 2012", som publicerades hösten 2014.

Kunskapsluckor

Det finns kunskapsluckor i behandling med biosimilarer. Inom SRF är vi positiva till att bidra till att skapa evidens. Kanske kan vi nu med biosimilarernas hjälp göra en omfördelning av resurserna? I panelen har vi bland andra SBU's generaldirektör Olivia Wigzell, som även var med 2011 då SRF deltog första gången i Almedalen under rubriken "Guld till de reumatiskt sjuka!?"

Lunchseminarium

Torsdagen den 2/7 har vi ett lunchseminarium under rubriken - E' hälsa framtidens sjukvård? Här belyser vi gapet mellan det vi vet och det vi gör både vad det gäller Modern reumarehabilitering, levnadsvanor och IS/

IT-stöd för ökad patientmedverkan. Hur skapas värde i framtidens hälso- och sjukvård? Tre engagerade paneldeltagare hjälper oss belysa dessa områden, Stefan Jutterdal, förbundsordförande Fysioterapeuterna, Daniel Forslund, Innovationslandstingsråd Stockholms läns landsting och Emma Spak, ordförande Sveriges yngre läkares förening Sylf.

Vi välkomnar alla att komma och aktivt delta i diskussionerna runt dessa frågor!



Boel Mörck
Vice ordf SRF



Välkommen till Tylösand

Reumadagarna 2015 · 1-4 september på Hotell Tylösand



För andra gången arrangerar Svensk Reumatologisk Förening (SRF) sitt största möte i sin nya form - Reumadagarna - i samarbete med övriga professioner och patientföreningar. Detta år är mötet förlagt till första veckan i september, en tidpunkt som är tänkt att permanentas.

Det känns spännande och roligt att mötet hålls i Halland, där reumatologin fått en nystart.

Reumadagarna kommer innehålla allt man kan tänka sig i form av ny kunskap, praktisk handläggning, registerarbete, nätverksbyggande och blickar mot framtiden.

Anmälan öppnar 1 mars och görs på www.reumadagarna2015.se

Inlämning av abstracts pågår från 1 mars till och med 1 maj.

Varmt välkomna!

Boel Mörck
Ordförande i programkommittén
Vice ordförande SRF

www.reumadagarna2015.se

www.reumadagarna2015.se



Läkarbemannning för reumatologi, mars 2015

Specialistläkare	Offentlig tjänst	230 (-3)
	Privat tjänst	16 (-2)
	Totalt	246 (-5)
	Tjänstgöringsgrad specialister	68% (-4%)
ST-läkare		101 (+12)

Inom parentes = förändring jmf med 2014.

Behov	Sett regionvis (dvs. såväl länssjukvård som regionsjukvård) behövs 5 specialister/100 000 invånare. (med ca 70% tjänstgöringsgrad) dvs totalt 480 specialister i reumatologi. Kan också uttryckas som 4 specialister/100 000 invånare för länssjukvård och 1 specialist/100 000 invånare för regionsjukvård.
-------	--

Nu finns 246 spl varav 76 offentliga och 14 privata pensioneras inom 10 år = 156 kvar. ST-utbildning idag = 101. Utbildningskrav = 223 nya ST-läkare ytterligare på 10 år (utöver nuvarande 101) Nya specialister 2000-2014 = 232 (13-18-12-18-13-11-15-12-9-24-15-13-25-21-13=15/år). Ett annat mått på utbildningskrav skulle vara socialstyrelsecertifiering av 32 nya specialister/år t.o.m. år 2023. Vi måste alltså kraftigt öka utbildningen jmf med idag. Bemanningen är uträknad med det uppdrag vi har idag dvs begränsat till enbart kunskaps- och bedömningsansvar vid artros eller värktillstånd.

1. Regionsjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	130 (-1)	65 (+9)
Karolinska	37 (-1)	19 (+3)
Sahlgrenska	32	17 (+4)
Lund/Malmö (SUS)	19 (-3)	10
Linköping (länsklin)	10 (+1)	5 (-1)
Uppsala	14 (+2)	3 (-2)
Umeå (länsklin)	11	3 (-1)
Örebro	7	6 (+4)

3. Länsdelssjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	12	2
Arvika	1	0 (-1)
Ängelholm	3 (+1)	0
Trelleborg	2	0
Simrishamn	2	0
Alingsås	0*(-1)	0
Västervik	2	1
Visby	2	1 (+1)

2. Länssjukhus	Specialistläkare	ST-läkare
	88 (-2)	34 (+3)
Kristianstad	3	1 (-1)
Helsingborg	4	2
Blekinge	4	3 (+1)
Halland	5 (-2)	0
Växjö	3 (-1)	1 (+1)
Borås	5	2
Skövde	4	2
Uddevalla	4	2
Jönköping	4 (+1)	3
Kalmar	3	2
Danderyd	6 (-1)	0
Sörmland	5 (-1)	3 (+1)
Västerås	7 (-1)	2 (+1)
Karlstad	4	2
Falun	7	3
Gävleborg	6 (-1)	2
Östersund	4	2 (+1)
Sundsvall	5 (+1)	0 (-1)
Luleå	5 (+3)	2

4. Privatpraktiker	Specialistläkare	ST-läkare
	16 (-2)	0

Kommentar:

1. Flera sjukhus är länskliniker t.ex. Blekinge (Karlskrona+Karlskrona), Östergötland, Sörmland (Eskilstuna+Nyköping), Gävleborg (Gävle, Hudiksvall, Bollnäs/Söderhamn), Västerbotten (Umeå, Lycksele, Skellefteå) varför tjänstgöring utanför det större sjukhuset kan ske.
2. Alingsås har ingen egen reumatolog utan försörjs via avtal med Sahlgrenska med motsvarande 1.3 specialist.
3. Flera enheter har timanställda seniora specialister. Karolinska har 6, Kristianstad 2, Kalmar 1, Jönköping 1, Falun 1, medan Sundsvall uppger att man har 2 halvtidspensionärer. Vid halvtidsarbete räknas de in i ordinarie bemanning.
4. Spenshult har ersatts av Capio Movement Halmstad (och Varberg) och betecknas nu som Halland. Eftersom de har ett offentligt länsättagande redovisas de som offentlig vård och inte privatvård (jmf Danderyd).
5. Bemanningen är beräknad feb-15.
6. Alla ST-läkare räknas in – även de som anges som "gräblock".
7. Antal privatpraktiker är svårt att beräkna eftersom dubbelarbete förekommer och redovisningen är ngt osäker. Troligen gäller för hela privatpraktikerkerären att de pensioneras t.o.m. år 2024.
8. Tjänstgöringsgraden är svår att beräkna varför mindre förändringar icke är signifikanta.
9. När jag räknar i år ser jag gjorde några räknefel förra året. Årets uträkning gäller.

Kommentar till läkarbemanningen 2015

Ökning av antalet nya ST-läkare – spränger 100-vallen!

Vi ser en kraftig ökning av antalet ST-läkare fr.a. på regionsjukhusen. Totalt finns 101 ST-läkare i reumatologi. På regionsjukhusen ser vi en ökning med 16 ST-läkare under de två senaste åren – från 49 till 65! Även på länsjukhusen ser vi en uppgång senaste två åren – från 30 till 34. Man kan beräkna antal nya ST-läkare genom att utgå från antalet ST-läkare 2014 (=89) samt minska med de som utträder ur ST-kollektivet dvs antalet nya specialister (=13). Då kvarstår 76 ST-läkare. Upp till 2015 års siffra 101 ST-läkare kvarstår 25 ST-läkare som alltså utgör nya ST-läkare under 2014.

Antydd minskning av antalet specialister

Under 2014 har vi sett en svag minskning av antalet specialister. Totalt minskar antalet specialister med 5. Minskningen ligger på Spenshult/Capio i Halland (2) och privatpraktiker (2) men siffrorna för privatpraktikerna är osäkra pga brister i rapportering.

Timanställda specialister

Vi ser en tendens att specialister timanställs efter sin pensionering (t.ex i Kristianstad eller Kalmar) eller vid övergång till arbete i t.ex läkemedelsindustrin (Stockholm). Totalt rör det sig om minst 9 specialister som på detta sätt ofta arbetar 1-2 dagar per vecka. Denna kategori kan öka. Arbetar den pensionerade läkaren 50% eller mer räknas denne in i normala läkarbemanningen.

Antal nya specialister

Vi ser endast 13 nya specialister under 2014. En alldeles för låg siffra med tanke på kravbild. Givetvis förekommer fluktuationer beroende på hur många ST-läkare som startade 5-7 år tidigare men jag är övertygad om att 2015 års siffror kommer att bli bättre. Siffrorna visar på ett fortsatt högt behov av nya ST-läkare inom reumatologi.

När sker pensionen?

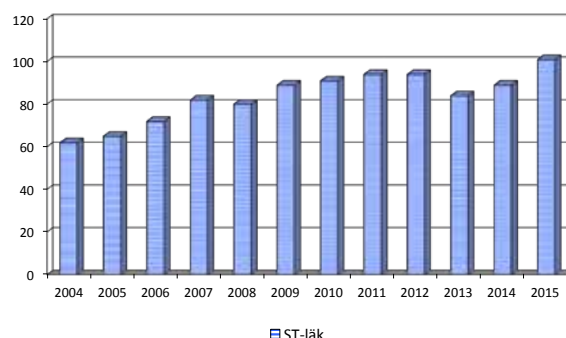
I våra beräkningar räknar vi 65 års ålder som pensionsålder och vi mäter antal nu arbetande specialister som blir 65 år under närmaste 10-års period. Vi har valt 10 år eftersom utbildningstiden för ny ST-läkare till färdig specialist ofta är nästan så lång tid pga föräldraskap, forskning m.m. Men det tycks som om 65-åringarna dröjer sig kvar några år till varför pensionsförlusterna kanske blir något mindre än beräknat. Nu räknar vi med att 90-100 specialister försvinner fram tom 2024 – vilket innebär knappt 10/år. Kanske är den verkliga siffran något lägre till följd av friskheten och arbetsvilligheten hos våra äldre kollegor. Åldersfördelningen skiljer sig dock över landet.

Om man ser hur olika sjukvårdsregioner har det med rekrytering vs pensionering dvs ta antal nuvarande ST-läkare minus antal kommande pensionärer erhåller vi följande siffror (där + anger att rekrytering är större än pensionering): Södra +7, Halland -4, Västra Götaland +12, Sydöstra +1, Sthlm inkl Gotland +2, Uppsala/Örebro -1 och Norr +0.

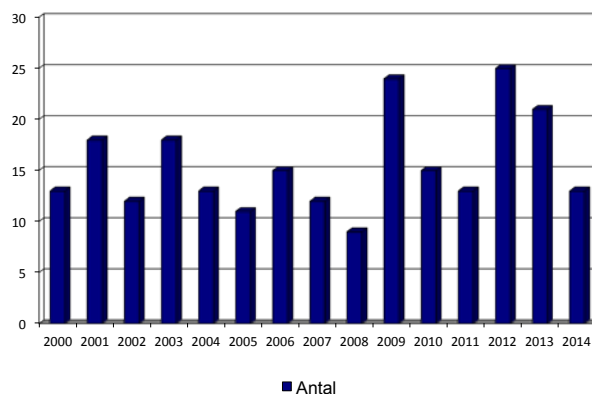
Privatpraktiker

Beräkningen av antalet privatpraktiker, deras sysselsättningsgrad och pensionsålder vilar på något osäker grund pga bristande rapporteringsrutiner. Under de fyra senaste åren rapporteras siffrorna 24-20-18-16 dvs en klar minskning. Utifrån privatpraktikernas födelseår torde nästan hela kåren vara pensionärer år 2024.

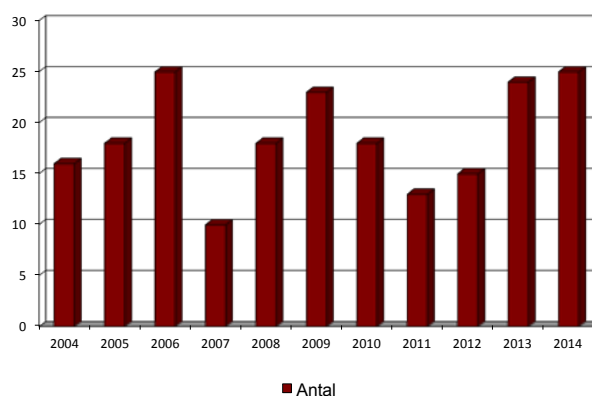
Antal ST-läkare i Sverige 2015



Antal nya specialister i Reumatologi i Sverige



Antal nya ST-läkare i Reumatologi i Sverige



Tjänstgöringsgrad

Tjänstgöringsgraden bland specialister ligger på knappt 70% utan någon större tendens sett över de senaste åren. Sättet att rapportera skiljer sig dock åt mellan olika kliniker vilket medför att exakta tal angående tjänstgöringsgrad inte kan sättas – men tjänstgöringsgraden så länge vi gjort mätningar är 70-75% - och ofta betydligt lägre på universitetssjukhusen pga forskning och andra uppdrag.

Här utmärker sig Karolinska och Skånes Universitetssjukhus.

Hur många behöver vi vara?

I framtiden kommer vi att ta hand om såväl en allt ökande patientkader med avancerad immunomodulatorisk behandling och ligga långt framme i tillämpning av den nya biologin. De nya SoS Nationella Riktlinjerna (NR) som kom under 2012 förstärker behovet ytterligare. Vi beräknar nu behovet av reumatologspecialister – beräknat på hel sjukvårdsregion, dvs såväl regionsjukvård som länssjukvård - till 5 specialister/100 000 inv.

Eller 4 specialister för länssjukvård och 1 specialist för regionsjukvård/100 000 invånare. Dessa specialister har ungefär 70% tjänstgöringsgrad inom reumatologi.

Vi behöver således aktivt arbeta med rekrytering av nya ST-läkare. Utifrån beräknat behov torde vi behöva rekrytera ytterligare 223 ST-läkare under närmaste 10 åren – fr a under de första fem – eftersom vi behöver ca 32 nya specialister/år. Produktion av nya specialister räknat från år 2000 ligger runt 15/år med en svag tendens till ökning de senaste åren. Vår organisation med regional ST-studierektor, SK-kurser (C-kurser) tidigt, Riks-ST-dagar m.m. har förbättrats ytterligare med en aktiv SRF styrelse och en bra planering av SK-kursutbud.

Attraktiv specialitet

Reumatologi är en attraktiv specialitet eftersom vi ligger i framkant i 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 länssjukhusen – med handledning från universitetssjukhusen. Digitaliseringen i allmänhet och SRQ kan bidra till att reumatologin har bättre förutsättningar än andra specialiteter att utveckla forskningssidan på länssjukhusen. Något som ytterligare skulle kunna öka viljan att söka ST i reumatologi där.

Hot

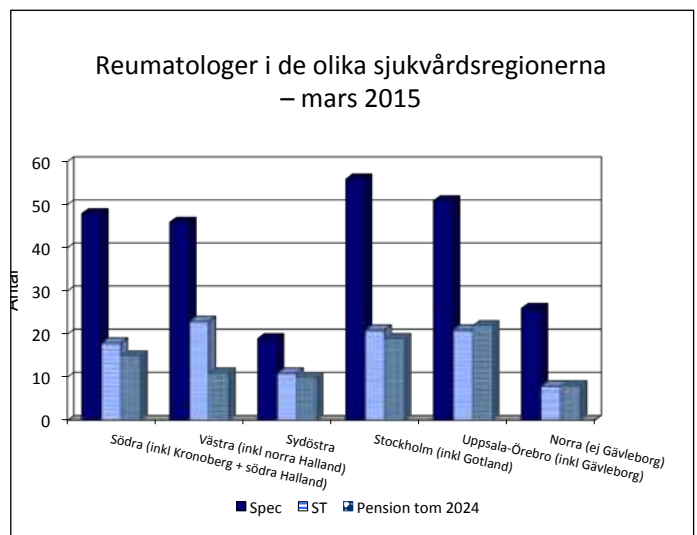
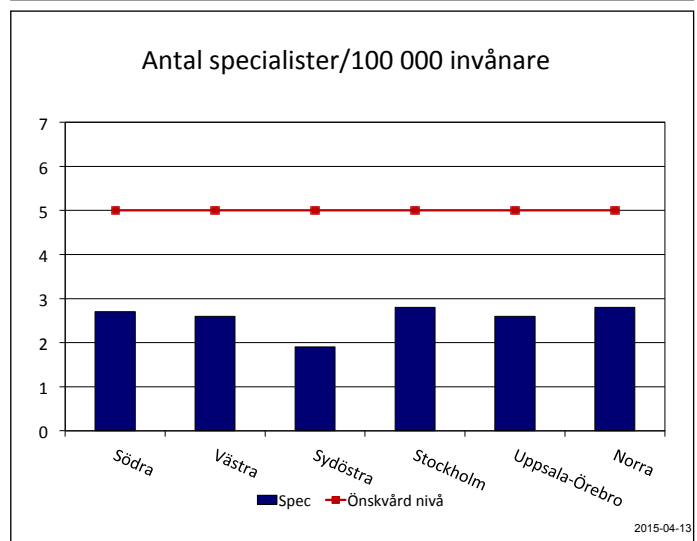
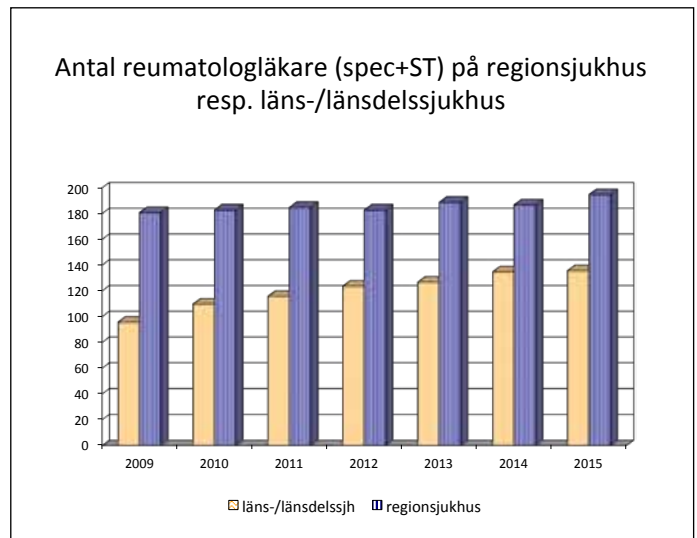
Ett framtida vårdval inom specialistsjukvården kan påverka organisationen av reumatikervård på ett påtagligt sätt. Privata aktörer med offentlig finansiering kan härvidlag komma att öka sin bemanning på bekostnad av den nuvarande offentligt finansierade landsvården.

Då skulle viktig bassjukvård försvinna från storsjukhuset vilket skulle försämra utbildning och rekrytering. Likaledes vet vi att privata aktörer visar mindre intresse av ST-läkare och mer av specialisters sjukvårdsproduktion. Möjligen har de senaste årens sjukvårdsdebatt lett till att detta hot minskat.

Bemanning – glädjemenen och svårigheter

Mest glädjande är att antalet ST-läkare i reumatologi för första gången sprängt 100-vallen. Nu är vi 101 ST-läkare i reumatologi.

Den enhet som redovisar den kraftigaste nyrekryteringen av ST-läkare är i Örebro. Ökning från 2 till 6 ST-läkare! Men vi ser även kraftiga ökning på Karolinska (+3) och Sahlgrenska (+4). Sahlgrenska har ökat från 10 till 17 ST-läkare på de sista två åren. Vi ser en stabil bemanning på många länssjukhus där Falun och Västerås har 7 specialister och 2-3 ST-läkare. Vidare tycks det som att flera länskliniker inte räds att ta in många ST-läkare – dvs prio-



riter utbildningssidan - t.ex i Karlskrona, Jönköping och Eskilstuna. Den ändring i arbetsformer som många ST-läkare per specialist innebär övervinns på kort tid av att de nya ST-läkarna snart blir en god resurs. Därför – våga anställ!

Glädjande är ökningen av antalet specialister+ST på regionsjukhusen – nu 195. Om Sverige får större regioner i framtiden – vilket utreds nu – så kommer regionsjukhusen troligen att få vidare uppgifter än idag.

Halland utan ST-läkare och med 3 av 5 specialister i pension inom de närmaste 5 åren utgör en risk för låg bemanning.

Sett till bemanning regionalt utmärks Sydöstra regionen av låg reumatologtäthet – 1.9 specialister/100 000 invånare – medan övriga regioner redovisar 2.7-2.9 specialister/100 000 invånare.

Sett till storstadsregionerna är Skåne i topp med 3.3 specialister/100 000 invånare med Stockholm på 2.9 och Västra Götaland 2.8 specialister/100 000 invånare.

Vi har alltid varit en expansiv specialitet i så måtto att vi nu tar hand om nästan alla patienter med systemsjukdomar och behandlar

artritsjukdomar allt bättre och effektivare. Hur ser morgondagens expansion ut? Går vi i riktning mot att förstå och ta hand om mer av icke-inflammatorisk sjukdom eller expanderar vi inom inflammations-immunomodulations-området dvs sköter immunomodulation för andra specialiteter och behandlar nya sjukdomsgrupper där inflammation är en viktig sjukdomsfaktor? Ökar vi insatserna inom giktområdet? Hur som helst tror jag att det är viktigt att vi – i vår rekrytering av nya läkare – också har ett framtidsperspektiv. Den specialitet som är bäst på att se in i framtiden vinner.

Reumatologtäthet i olika sjukvårdsregioner – mars 2015						
Sjukvårdsregion	Antal		Antal/100000	Inv (milj)	5/100 000 inv.	
	Spec ST pension till 2024					
Södra (inkl Kronoberg+södra Halland)	48	18	15	2.7	1.75	87
Västra (inkl norra Halland)	46	23	11	2,6	1.75	87
Sydöstra	19	11	10	1.9	1.0	50
Sthlm inkl Gotland	58	21	19	2.8	2.0	100
Uppsala-Örebro (inkl Gävleborg)	51	21	22	2.6	2.0	100
Norra (ej Gävleborg)	26	8	8	2,8	0.9	45

Kommentarer:

1. Privatpraktiker är inräknade – huvuddelen pensioneras till 2024.
2. Svårt placera Spenshult (Halland) – fördelas så att 1 spec (Varberg) går norrut och 4 spec (Halmstad) söderut och dela befolkningen.

Reumatologtäthet i storstadsregionerna – mars 2015						
Sjukvårdsregion	Antal		Antal/100000	Inv (milj)	5/100 000 inv	
	Spec ST pension till 2022					
Stockholm	56	20	19	2.9	1.9	95
Västra Götaland	45	23	11	2.8	1.6	80
Skåne	40	14	11	3.3	1.2	60

13 nya specialister år 2014!

Nya specialister (n=21)		Nuvarande arbetsplats
Faustini	Francesca	-
Frodlund	Martina	Linköping
Jakobsson	Per-Johan	Stockholm
Juneblad	Kristina	Umeå
Mezei	Kinga	Sundsvall
Mohammed	Ahmed	Jönköping
Moulatzikos	Christos	Örebro
Notarnicola	Antonella	Stockholm
Roumpi	Evangelina	Sundsvall
Samiotakis	Nikitas	-
Sidiropoulou	Efthymia	Uppsala
Stasinopoulou	Kalliopi	Göteborg
Varga	Zsuzsanna	Luleå

Under 2014 har vi endast fått 13 nya specialister i reumatologi. Data har levererats av Birgitta Ollars, utredare och registeransvarig på Socialstyrelsens avdelning för regler och behörighet. Den låga siffran i år kan influeras av ett lågt antal nya ST-läkare under 2007 men det uppstår också naturliga fluktuationer. Vi räknar med betydligt högre siffror för 2015. Två av de nya specialisterna har jag inte lyckats lokalisera via ReumaMatrikeln 2015. Slående är vårt stora behov av invandrad kompetens. Av namnen att döma 10 av 13 av de nya specialisterna. Medianålder för ny specialist är lägre än 2013 – då 40 år nu 2014 – 36 år. Åtta av 13 är kvinnor.

Således – med utgångspunkt från listan över nya reumatologspecialister: den nya specialisten är kvinna, 36 år och från Grekland.

Vi gratulerar och välkomnar våra nya specialister!

TOMAS BREMELL

Eponymer med anknytning till reumatologi (del 7)

Intresset för eponymer tycks hålla i sig. Dorland's klassiska *Illustrated Medical Dictionary* utkom första gången år 1900 och har sedan dess uppdaterats trettiofyra gånger, senast med en Deluxe Edition 2012. Nätsajten *Whonamedit* <http://www.whonamedit.com/people/> uppdateras kontinuerligt och NCBI/PubMed publicerar numera också biografiska data.

Här hittade jag uppgifter om den amerikanske ortopedern T Thompson, som inte finns med i de två förstnämnda källorna.

Stieda, Alfred (1869-1945) tysk läkare som tillsammans med sin italienske kollega Augusto Pellegrini fått ge namn åt den halvmåneformade förkalkning man ibland vid röntgenundersökning kan se i knäledernas mediala kollaterala ligament, *Pellegrini-Stiedas sjukdom*, se också under Pellegrini i RB 2/2010.

Straus, Lotte (1913-1985) tyskfödd amerikansk patolog som 1951 tillsammans med kollegan Churg beskrev den vaskulitsjukdom som bär deras namn, *Churg-Straus syndrom*, se också RB 2/2009.

Strümpell, Adolf von (1853-1925) tysk neurolog verksam i Leipzig som på 1880-talet liksom Bechterew i Ryssland bidrog till att avgränsa den ankyloserande spondyliten från andra kroniska artrit, se under Bechterew RB 2/2009. I Tyskland skrivs ofta *Strümpell-Bechterews sjukdom*.

Sudeck, Paul Herman Martin (1866-1938) tysk kirurg verksam i Hamburg som beskrevit en särskild form av Sympatisk reflexdystrofi (RSD), *Sudecks dystrofi*. De första fallen som beskrevs i slutet av 1800-talet hade uppkommit efter större trauma ofta skottskador. Liknande tillstånd observerades senare utan att dessa föregåtts av nämnvärt trauma. Uppkomstmekanismerna är oklara och sannolikt multifaktoriella. Sedan 1993 används beteckningen Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) (1).

Sweet, Robert Douglas (1917-2001) engelsk dermatolog som 1964 beskrev en hudsjukdom av okänd etiologi, *Sweets syndrom*. Denna kännetecknas av smärtande hudförändringar i form av papler och plaque där

PAD visar granulocytinfiltration, feber och granulocytos i blod (2).

Swediaur, Francois Xavier (1748-1824) österrikisk läkare av svensk härkomst som polemiserade med den berömde John Hunter i England (3). Swediaurs rapport om blenorragia arthritica ("gonorrhoeal arthritis") anses vara den första sedan William Musgraves fallbeskrivning 1703 (3).

Swediaur ondgjorde sig över att Hunter inte förtecknat detta tillstånd i sin lärobok 1786. Dorland anger att *Swediaurs sjukdom* betecknar inflammation "of the calcaneal bursa". I FPnotebook anges att det är fråga om den övre subachillära bursan (4) och därmed det sjukdomstillstånd vi här i Sverige kallar Haglunds sjukdom II, se RB 3/2009.

Takayasu, Mikito (1859-1938) japansk ögonläkare som 1908 på det 12te årliga ögonläkarmötet i Fukuoka rapporterade att han hos en 21-årig kvinna noterat uttalade arteriovenösa anastomoser i ögonbottenarna (5). Efterhand beskrevs liknande fall från såväl Japan som Europa och USA där man också konstaterat förekomst av kärlväggsförändringar i aorta och kärlavgångarna från aortabågen. Flera av dessa patienter hade ingen radialis puls på grund av occlusion i subclavia och brachialis artärerna, vilket gav upphov till beteckningen "pulseless disease". Efterhand blev det faställt att kärlväggsförändringarna orsakades av en kronisk granulomatös vasculit, *Takayasus arterit*. Denna klassas i Chapel Hill kriterierna som storkärlsvaskulit.

Thibierge, George (1856-1926) fransk hudläkare som på Hôpital St. Louis i Paris var kollega med den reumatologiskt profilerade internmedicinaren Raymond Weissenbach. De rapporterade 1910 ett flertal olika hudförändringar och organsymtom hos en patient med sklerodermi, *Thibierge Weissenbach syndrom* (6). Senare kom denna form av sklerodermi att kallas för CREST. Bokstäverna i acronymer står för calcinosis cutis, Raynauds fenomen, eosofagusdysmotilitet, sklerodactyli och telangiectasier (framförallt i ansiktet).

Thiele, George (1896-1978) amerikansk proktolog som ofta behandlade patienter med coccygodyn och analsmärter. Sådana smärttillstånd har kallats *Thieles syndrom*.



Fig 1. Thompsons test avslöjar hälseneruptur. (Bild från Nilsson Helander K et al. *Läkartidningen* 2014; 111:1433. Publicerad med tillstånd.)

Han förordade intrarectal massage för att lösa eventuell muskulär spasm, *Thieles massage* (7, 8).

Thompson, T (1902-1986) amerikansk ortoped som under några år i slutet av 1950-talet och början av 1960-talet var chef för HSS (Hospital Special Service) i New York (9).

Han har beskrivit en metod, *Thompsons test*, som kan användas vid misstänkt hälseneruptur. När vaden komprimeras, med patienten liggande på magen, uteblir den förväntade plantarflexionen av foten, se figur 1. Detta sätt att undersöka har också beskrivits av den engelske ortopedern Franklin Simmonds (1911-83) och kallas därför också Simmonds test eller *Simmond-Thompsons test* (10, 11).

Tietze, Alexander (1864-1927) polsk kirurg verksam i Breslau (nuvarande Wrocław) som fått ge sitt namn åt ett smärttillstånd lokaliserat till övergången mellan ett revben och bröstbenet, *Tietzes syndrom*. Han rapporterade sådana fall 1921 (12). Ömmar flera sådana vidfästningar används ofta termen osteokondrit eller kostokondrit.

Tinel, Jules (1879-1952) fransk neurolog som föddes i en familj där man i fem generationer bakåt verkat som läkare. Under första världskriget var han chef för den neurologiska kliniken i Mans och under andra världskriget deltog han aktivt i motståndsrörelsen och fängslades av tyskarna.

Som aktiv läkare under det första världskriget ställdes han inför många olika typer av nervskador och observerade då att knackning (perkussion) över skadad eller klämd nerv utlöste stickande smärtför-



Fig 2. Den brittiske poeten WH Auden (1907-1973) hade detta syndrom, vilket tydligt framgår av det porträtt konstnären René Bouche gjorde 1963. Originalen finns i National Portrait Gallery, Smithsonian Institution, Washington, USA och finns också utlagt på nätet.

nimmelse inom nervens utbredningsområde (13, 14), *Tinels tecken eller test*. Testet används ofta vid misstanke om karpaltunnelsyndrom. Positivt test innebär att knäckning över medianus ger stickande känsla i de fingrar som försörjs av denna nerv.

Touraine, Albert (1883-1961) fransk dermatolog vars namn kopplats till ett flertal sjukdomstillstånd. Nedan följer några exempel. Tillsammans med kollegorna Gabriel Solente och Laurent Golé beskrev han den primära hypertrofiska osteoartropatin, *Touraine-Solente-Golés syndrom* (15).

Karakteristiska tecken är förtjockad hud i ansikte och distala extremiteter samt trumpinnefingrar. Ansiktsförändringarna med kraftiga markerade hudveck är närmast diagnostiska, *se figur 2*. Män drabbas oftare än kvinnor. Tourains namn har också kopplats till neurofibromatos med hudförändringar och en vasculitform som numera i de flesta läroböcker beskrivs under eponymen Behcets syndrom.

Tourette, Gilles Georges (1857-1904) fransk läkare vars namn är knutet till till en neurologisk åkomma som kännetecknas av ofrivilliga, stereotypa muskelryckningar i armar och ben, grimaser (tics) och en benägenhet att säga fula ord (koprolali), *Gilles de la Tourettes syndrom*. Gilles de la Tourette finns avbildad på Brouillets klassiska målning 1887, "Une leçon clinique à la Salpêtrière", *se figur 3*.

Trenaunay, Paul (1875-19??) fransk neurolog som tillsammans med kollegan Maurice



Fig 3. Brouillets målning 1887, "Une leçon clinique à la Salpêtrière". Jean Martin Charcot demonstrerar inducerad hysteri i centrum av bilden. Joseph Babinski håller Blanche Wittman och mannen längst fram i vitt förkläde är Georges Gilles de la Tourette (18). För ytterligare info se artikel om Charcot i RB 1/2006, sid 8-10.

Klippel beskrivit ett syndrom karakteriserat av osteohypertrofi (ökad längdtillväxt av afficerad extremitet), hemangiom och varicer, *Klippel-Trenaunays syndrom*, se under Klippel, Eponymer del 3 RB 4/2009.

Turner, Henry Hubert (1892-1970) amerikansk endokrinolog som 1938 beskrev en utvecklingstörning hos flickor och unga kvinnor orsakad av bristande ovariefunktion, *Turners syndrom*. Karakteristiska kännetecken är kortvuxenhet (längd under 150 cm), utebliven pubertetsutveckling, kort nacke med hudveck på sidorna av halsen och underarmarna vinklade ut från kroppen (cubitus valgus) (16, 17). Flertalet drabbade sakar en X-kromosom och har alltså bara fyrtiofem kromosomer.

Ido Leden Historietecknare

Referenser

1. <http://www.lj.se/index.jsf?childId=10321&nodeId=31496&nodeType=12> (Sudeck)
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Sweet's_syndrome
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1033698/> (Kelly M. Med Hist 1967; 11: 170-4.)
4. <http://www.fpnotebook.com/ortho/ankle/AchlsTndnBrsts.htm>
5. Numano F. The story of Takayasu arteritis (Heberden historical series). *Rheumatology* 2002; 41: 103-106.
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609782> (Thibierge)

7. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/247/> (Thiele)
8. Thiele G. Coccygodynia and pain in the superior gluteal region and down of the back of thigh: causation by tonic spasm of levator ani, coccygeus and piriformis muscles and relief by massage of the muscles. *JAMA* 1937; 109(16):1271-1275. doi:10.1001/jama.1937.02780420031008
9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19885704> (Thompson)
10. Thompson T (1962). "A test for rupture of the tendo achillis". *Acta Orthop Scand* 1962; 32 (1-4): 461-5. doi:10.3109/1745367620898-9608. PMID 13981206.
11. Thompson T, Doherty J (1962). "Spontaneous rupture of tendon of Achilles: a new clinical diagnostic test". *J Trauma* 1962; 2 (2): 126-9. doi:10.1097/00005373-196203000-00003. PMID 13920945.
12. Tietze A; *Über eine eigenartige Haufung von Fallen mit Dystrophie der Rippenknorpel*. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1921, 58: 829-831.
13. Tinel, J. Le signe du fourmillement dans les lésions des nerfs périphériques. *Presse médicale* 1915; 47: 388-389.
14. Tinel, J. The "tingling sign" in peripheral nerve lesions (Translated by EB Kaplan). In: M. Spinner M (Ed.), *Injuries to the Major Branches of Peripheral Nerves of the Forearm* (2nd ed.). Philadelphia: WD Saunders Co 1978: 8-13.
15. Aronson J, Ramachandran M. The diagnosis of art: WH Auden's face. *J R Soc Med* 2011; 104: 38-40.
16. Turner H. A syndrome of infantilism, congenital webbed neck and cubitus valgus. *J Clin Endocrinology and Metabolism* 1938; 23: 566.
17. Lindsten J. Henry Turner sammanställde fall av kortvuxenhet och bristande ovariefunktion hos flickor. *Läkartidningen* 1983 (Nr 28-29);
18. Bernhardsson K. Litterära besvär. *Ellerströms* 2010: 127.

Verksamhetsområde reumatologi Sahlgrenska Universitetssjukhuset

“Full fart framåt – mot kända mål och möjligheternas horisont”, med de orden inleds Kompassen, klinikens skrift där vår vision, verksamhetsidé, strategiska perspektiv och värdegrund sammanfattas.

Den speglar såväl klinikens som reumatologins resa de senaste 15 åren då specialiteten genomgått en häpnadsväckande utveckling på en rad områden, inte minst behandlingsmässigt.

Reumatologin formas på 70-talet

Startskottet för reumatologin i Göteborg var så sent som 1969 när nypensionerade professorn i Medicin, Erik Wassén fick möjlighet att dra igång poliklinisk verksamhet i en källarlokal på sjukhuset. Under 70-talet ökade tyngden i verksamheten genom rekrytering av överläkare från Lund – Helge Hedberg – och av underläkare såsom Monica Ahlmén, Barbro Blohmé, Kerstin Althoff och något senare av Tomas Bremell, Andrzej Tarkowski och Nisse Peterson. Mottagningen flyttade snart till nybyggda lokaler, en reumadispensär inrättades och 5-dygns slutenvård skapades. Inom politiken fanns enighet att få till stånd en välfungerande verksamhet, varför satsningar gjordes. Professor Anders Bjelle rekryterades 1983 och efter några år kunde vi lämna Med Klin II och bli en egen klinik med 7-dygns slutenvård och växande poliklinik. Hans Carlsten, Elisabeth Nordborg och Eva Bagge började under tidigt 80-tal. Forskningsverksamhet drog igång med Andrzej som motor. Runt 1990 började flera lovande underläkare – bl.a. Boel Mörck, Estelle Trysberg, Helena Forsblad d’Elia – som senare skulle betyda mycket. Monica Ahlmén startade reumatologi på Mölndals sjukhus 1988 med efter hand såväl slutenvård som öppen vård. Vår vision, Ett kunskapscentrum i världsklass, togs fram under den föregående ledningens tid och verkar inte lika utopisk nu som 2005, då den myntades av bla professor Andrzej Tarkowski

Samarbete präglar reumatologin i Västra Götalandsregionen (VGR)

Reumatologin är en liten specialitet med ett stort och omfattande uppdrag, som spänner från reumarehabilitering till högspecialiserad vård. VGR finns på ett stort geografiskt område med reumatologi på 3 länsjukhus och 1 länsdelssjukhus förutom SU. Befolk-



Delar av läkargruppen på måndagsmöte april 2015.

ningen uppgår till ca 1,6 miljoner varav ca 50% i stor-Göteborg. SU är regionklinik och universitetssjukhus. (Fig 8) När regionen bildades 1999, formades även våra medicinska kunskapsråd - sektorsråd, genom vilket vi har arbetat regionalt långsiktigt och strategiskt genom åren. Redan 1999 tillsatte vi vår första regionala studierektor för ST-läkarna och dito för specialisterna 2012. SU hjälper länsjukhusen med bemanning dels via länsreumatologirandning av SU:s ST-läkare och dels via frivilligt extraarbete en del sommarveckor eller vid behov. Det Väst-

svenska reumatologisällskapet som formades redan 1994 har också varit till stor hjälp för att skapa en gemensam plattform och vi-känsla. Under alla åren ha vi haft en bra dialog med regionens hälso- och sjukvårdsavdelning och fått stöd med regional finansiering av ST-tjänster till länsjukhusen och nu under implementeringen av SoS Nationella Riktlinjer för artritssjukdomar även till SU.

Klinikens utveckling sedan SU bildades
Sahlgrenska Universitetssjukhuset bildad-



Happy or not introduceras och flankeras av Annika Alveflo - SRQ-samordnare. Britt-Marie Zaman - verksamhetsutvecklare, Maj Jonnstedt - klinikassistent, Anne-Marie Nilsson - vårdadministrativ chef, Irene Bohlin - systemadministratör.



Figur 8

es 1997 genom sammanslagningar av Sahlgrenska sjukhuset, Östra Sjukhuset och Mölndals sjukhus. Reumatologin fanns och finns på Mölndal och Sahlgrenska, men numera som en klinik. Integrering tar alltid lång tid, men sedan 2009 har öppenvården Sahlgrenska och Mölndal gemensam sektionschef, öf. Katarina Almedeh och sedan 2012 gemensam vårdenhetschef, Alf Eskilsson. (Fig 2,3,4)

Öppenvården på Mölndal har en dag-sjukvård med Modern reumarehabilitering där artrit resp ryggpatienter skrivs in på 14 dagar varannan vecka. Här står bla stavgång med undersköterskor och levnadsvanor på programmet. Uppföljning efter 4 månader för utvärdering görs med minimal core set, liksom för patienter som varit på klimatvård. På mottagningen ses framförallt artritpatienter.

På **Sahlgrenskas öppenvårdsenhet** finns förutom en stor poliklinik även teamverksamhet och en varmvattensbassäng i egen regi. Här återfinns de traditionella reumateamen som spondartrit-, mamma-barn- och RA-team. Men här finns också vår relativt nystartade enhet för Unga-Vuxna med kronisk reumatisk sjukdom, vilken leds av Karolina Larsson. Till denna verksamhet har vi också äntligen fått möjlighet att knyta en psykolog, vilket är en oerhörd tillgång. Specialmottagning – i samarbete med Ögonkliniken - för behandling av svår ögoninflammation finnes.

Slutenvården har genomgått en omfattande förändring sedan 2008, då våra 2 traditionella slutenvårdsavdelningar omvandlades till en vårdavdelning med 16+4 platser och den andra blev ett modernt Inflammationscentrum (IC). På IC har vi haft tre delar; infusionsenhet, utredningsenhet och en klinisk forskningsenhet (ReuIC-F). Slutenvårdsavdelningen servas dygnet runt av en specialistjour, till lika regionjour, och där vårdas svårt sjuka med reumatiska sjukdomar, men även sk "sista-utposten" patienter med mer oklara diagnoser.

Nystartad klinisk forskningsenhet

Den **kliniska forskningsenheten** startade 2009 och har utvecklats genom åren och består nu av två delar: A) Forskningscentrum Inflammation och Autoimmunitet, FIA och B) Clinical Trial Unit, CTU. Enheten har under 2014 fått tillgång till sammanhängande lokaler vilket ger en starkare forskningsmiljö.

Forskarinitierade kliniska studier - FIA

Under 2012 bildades **Forskningscentrum Inflammation och Autoimmunitet (FIA)** och tilldelades strategiska ALF (800.000 kr/år 2012-2014). Ett förlängt strategiskt ALF-anslag möjliggör fortsatt anställning av forskningskoordinatör, som stöttar den kliniska forskningen vid reumatologi genom att de anställda får hjälp med ansökningar till etikkommitté, läkemedelsverk, strålskyddskommitté och biobank liksom upprättande av protokoll, CRF och SOPar samt praktisk planering och logistik av studier.

För tillfället pågår 21 forskarinitierade studier med totalt 9 olika huvudansvariga läkare. Studierna inkluderar patienter med flera olika diagnoser. (Fig 5)

Industrisponsrade kliniska studier-CTU

Clinical Trial Unit (CTU) tar hand om industrisponsrade kliniska studier och under 2013-2015 har det hittills inkommit totalt 23 förfrågningar om intresse för kliniska prövningar från läkemedels-företag. Av dessa har hittills 4 studier startat hos oss. Alla förfrågningar besvaras och vi tar ställning till om studien är vetenskapligt intressant, är säker och till nytta för våra patienter. På reumatologen finns idag 6 specialisläkare som är/har varit provningsledare och åtta specialisläkare som är/har varit medprövare i olika industrisponsrade kliniska studier. Sedan starten 2009 har forskningsenheten genomfört 19 industrisponsrade kliniska studier.

Avdelningen för reumatologi & inflammationsforskning

Forskningsavdelningen består av fyra större enheter och leds av professor Kristina Eriksson och docent Inger Gjerdtsson. Av de nio professorer och två lektorer som arbetar på avdelningen har sju även uppdrag som överläkare. Totalt forskar mer än 80 personer vid avdelningen och ca 30 av dessa är även verksamma inom sjukvården. 22 av forskarna är docenter eller professorer varav 10 även är kliniskt verksamma läkare.

Förutom klinisk och experimentell reumatologisk forskning och reumatologisk vårdforskning så studeras även immunsystemets funktion i hälsa samt vid inflammation, infektion och cancer. Forskningen finansieras utslutande via externa anslag som ofta erhållits i nationell eller interna-

tionell konkurrens, och avdelningen har en omsättning på 60 miljoner kronor per år. En framgångsfaktor är den breda och omfattande forskningsmiljön – från qi-gong till survivin, fagocyter och DNA. Utmärkelsen EULAR centre of excellence 2012-2017 är ett bevis på detta. Denna utmärkelse har endast ytterligare tre centra i Norden – Dia-konhjemmet (Oslo), Karolinska och Lund.

Forskningsaktivitet

Forskningsavdelningen har en betydande forskningsaktivitet med ett stort antal publicerade vetenskapliga arbeten och många doktorander. 19 doktorander har disputerat under de senaste 3 åren. 34 doktorander arbetar för närvarande vid avdelningen och 10 av dessa är även kliniskt verksamma. Under de senaste åren har avdelningen publicerat mer än 60 publikationer per år. (Fig 6)

Patientmedverkan och eHälsa

Utgångspunkten är att patienterna själva kan medverka till en bra livsstil, hälsa och sjukdomskontroll genom att använda olika informations- och kommunikationsverktyg.

eHälsoprojekt med läsplatta

Ökar andelen av Patientens Egen Registrering (PER) i kvalitetsregister och erbjuda en interaktiv patientutbildning avseende symptom och diagnos. Med hjälp av läsplattor stimulerar vi till patientmedverkan i vården, det interaktiva utbildningsmaterialet ger patienten större möjligheter att fördjupa sig efter eget intresse och behov. Reumaspecifikt information finns om levnadsvanor; kost, rökning, alkohol och motion (KRAM).

Mina vårdkontakter (MVK)

2008 startade verksamheten med MVK. Antalet ärende via MVK har stadigt ökat och närmar sig nu 200st per månad. MVK gör det möjligt för patienterna att:

- komma i kontakt med oss under dygnets alla 24 timmar
- registrera sin allmänna hälsa i kvalitetsregister innan sitt besök
- boka tid via MVK i en fristående tidbok

TeleQ / Egenkontroll

I patientdialogerna har det framkommit att patienterna upplever att det är lättare att komma i kontakt med oss sedan vi startade med teleQ. Ett telefonnummer in till hela verksamheten. Vi upplever att det nu är lättare att planera och organisera verksamheten.

Facebook en interaktiv kontaktväg

Under patientdialoger och fokusgruppsintervjuer har det framkommit att patienterna vill kunna medverka till bra livsstil, hälsa och sjukdomskontroll. Att vi ska finnas på

Facebook är ett av önskemålen från våra patienter.

Appar och läsplatlor

Vi har identifierat lämpliga Appar vilka vi kan tipsa våra patienter om kring kost, rökning, stress, sömn och övriga levnadsvanor. På våra läsplatlor som patienterna lånar finns information om sjukdomar, undersökningar, läkemedel och övrig information.

Happy or not

Är senaste tillskottet för att efterfråga patienternas upplevelse och nöjdhet med våra insatser och service. Den har vi hyrt under ett år och kommer att placeras på olika ställen på kliniken och med olika frågeställningar. (Foto 2)

Utbildningsatsning och ledarskap

Verksamheten identifierade tidigt att bra utbildningsverksamhet på alla nivåer och i alla sammanhang var en bra investering och källa till framgång. Reumatologkliniken erbjuder t.ex. specialdesignad tjänstgöring för AT-läkare med varvad teori och handledd praktik under 1 eller 3 månader. Kliniken anordnar också varje termin en heldagsutbildning i reumatologi riktade sig till AT-läkare. Dessa AT-läkardagar med totalt 3 olika temata har cirka 150 deltagare från hela VGR varje gång.

Vi utbildar också sjuksköterskor till blivande specialistsjuksköterskor inom reumatologi genom; Reumatologiskt ledstatus (nationell kurs) och Farmakoterapi respektive Sjukdomslära (regional nivå), de sistnämnda ger 7,5hp vardera.

Vi arbetar flitigt med att anmäla till olika ledarskapsutbildningar och assessment på såväl sjukhus- som regional nivå och uppmantrar till aktivt deltagande i arbetsgrupper lokalt, regionalt och nationellt.

Omvärldsbevakning är ett viktigt inslag för alla men särskilt för chefer och ledare. VC Boel Mörck blev årets chef i VGR hösten 2014, vilket har medfört PR till verksamheten.

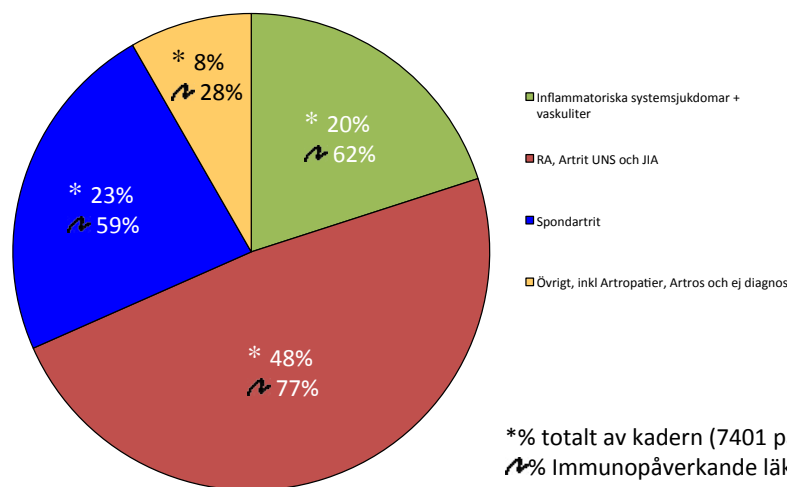
Framtidsspaning

SU arbetar med värdebaserad vård och kliniken ska nu aktivt delta med AS-processen. Ett annat spännande SU-projekt är Standardized Clinical Assessment and Management Plans (SCAMP) <http://www.scamps.org/>. Här deltar vi med RA-processen som en av två piloter på SU. I båda dessa processer kommer vi ha god nytta av vårt kvalitetsregister, SRQ, som vi målmedvetet arbetat med sedan 2010 för att öka datakvaliteten och täckningsgraden – pay-back time?

I VGR pågår även mycket aktivitet runt klinisk forskning och Lifescience, där vi från verksamhetsområdet har fått möjlighet att ta fram en framtidsvision om hur

Reumatologi SU diagnoser

Jan 2015



I utsökningen av patkader med/utan prep är alla nybesök, konsultbesök, forskning, utrem, HAS inte medräknade

reumatologin skulle kunna docka in i en sådan större satsning tillsammans med akademien och näringsliv. Fig 7.

Så slutorden blir desamma som i vår Kompass - Tillsammans med vind i seglen!

Boel Mörck och medarbetare



Medarbetare anställda på kliniken 2014

Läkare	51
Sjuksköterskor	41
Undersköterskor	29
Administrativ personal.....	28
Kurator.....	4
Psykolog.....	1

Presentationer/år

Nybesök	3 000
Återbesök	14 000
Läkemedelsbehandlingar (iv-behandling)	5 704
Slutenvårdstillfällen	842
Pat inkluderade SRQ	5 800
Labprovtagningar (prover tagna på Reumatologi SU)	12 000
RTG	12 000
Primärvårdskonsultationer	491

Kunskapskapital reumatologi 2015

Professor/adj. professor	5
Docent	5
Doktorsexamen (Med.Dr)	>10
Doktorander	13
Publikationer 2014 (SU-anställda)	ca 40

Projekt 2015

Forskarinitierade forskningsprojekt (FIA)	21
Industrisponsrade kliniska studier (CTU)	8



Hjälp oss rädda de starkaste

Djurrikets kungar och drottningar behöver hjälp. Trots att de är både starka och listiga har de ingen chans emot ett skarpladdat gevär. I femtio år har vi arbetat med att förhindra dödandet i skyddade områden runt om i världen. För att sätta stopp för den avancerade tjuvjakten arbetar vi med myndigheter för att både skärpa lagarna och få dem att tillämpas. Vi jobbar också för att efterfrågan på olagliga produkter ska minska. Se vad du själv kan göra för att rädda de jagade djuren på wwf.se

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

Studies of clinical and haemostatic features associated with antiphospholipid antibodies

Författare: Anna Vikerfors THESIS FOR DOCTORAL DEGREE (Ph.D.) to be publically defended 24 February 2015, 8 a.m., Rolf Luft Auditorium, Karolinska University Hospital Solna

Principal Supervisor: Elisabet Svenungsson MD, PhD, Associate Professor Karolinska Institutet Department of Medicine Unit of Rheumatology **Co-supervisor(s):** Aleksandra Antovic MD, PhD Karolinska Institutet Department of Medicine Unit of Rheumatology Kerstin Jensen-Urstad MD, PhD, Associate Professor Karolinska Institutet Department of Clinical Physiology, Södersjukhuset Fariborz Mobarrez PhD Karolinska Institutet Department of Medicine Unit of Rheumatology

Opponent: Angela Tincani MD, PhD, Professor Università degli Studi di Brescia Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali U.O. Reumatologia e Immunologia Clinica Spedali Civili di Brescia **Examination Board:** Anna Rudin MD, PhD, Adjunct professor Göteborgs Universitet Institute of Medicine Rheumatology and inflammation research Margareta Sten-Linder MD, PhD, Associate professor Karolinska Institutet Department of Molecular Medicine and Surgery Helle Kieler MD, PhD, Associate professor Karolinska Institutet Department of Medicine Centre for Pharmacoepidemiology

Background

Antiphospholipid antibodies (aPL) are associated with a heterogeneous range of clinical conditions with predisposition for thrombosis, pregnancy morbidity and other autoimmune disorders, most frequently systemic lupus erythematosus (SLE). Both the clinical manifestations themselves and their treatment may be harmful to the affected individuals and aPL testing is still controversial. There is thus an urgent need for improved aPL diagnostics and individual risk assessments. Exploring the largely unknown disease aetiology may provide clues to new biomarkers. From previous studies of other pro-thrombotic conditions, we hypothesized that fibrin clot properties, fibrinolytic function, microparticle (MP) profile and smoking could be important in aPL-related disease.

Aims

To study clinical, serological and haemostatic features of the antiphospholipid syndrome (APS) and aPL-related disorders, including SLE, in order to improve diagnostic methods and enhance understanding of disease pathogenesis.

Materials and methods

Two patient groups were cross-sectionally studied. In paper I, IV, and V, the Karolinska SLE cohort was studied; in paper I together with patients from the Swedish SLE network (n=712 patients) and in paper IV in comparison with matched population controls (n=290 patients). In paper II and III, APS patients (n=49 and 52 patients, respectively) from Karolinska University Hospital were compared both to healthy controls

(paper II and III) and to non-APS thrombotic controls (paper II). Laboratory assays included: different ELISAs for aPL detection, liquid permeation technique and scanning electron microscopy (SEM) for examination of fibrin network permeability and structure, turbidimetric clotting and lysis assays, and finally MP measurement by flow cytometry.

Results

In paper I, we report only moderate agreement (Kappa-values 0.16-0.71) but similar, modest association with previous thrombotic events when comparing a new automated aPL method with standard assays in SLE patients. Antibody isotype and titer influenced the association with clinical events. Odds ratios for lupus anticoagulant (LA) for the associations with vascular events were generally higher than for the specific aPL immunoassays. In paper II, we report that fibrin clots formed in vitro in samples from APS patients have a decreased permeability compared to the clots formed in samples from healthy controls and non-APS thrombosis controls (p<0.0001 for both). SEM images visually confirmed denser fibrin structure in APS. No clear difference in fibrinolysis function between the APS patients and controls were observed (p>0.05 for two of the three investigated parameters) but APS patients with previous arterial thrombosis had prolonged clot lysis times compared to the controls (p<0.05). In paper III, we report that the number of lactadherin positive MPs, endothelial MPs, Tissue factor (TF)-positive endothelial MPs and monocyte MPs in APS samples were increased compared to health-

hy controls (p<0.001 for all analyses). There was no significant difference in the number of platelet MPs (p=0.13). APS patients had a high proportion of MPs negative to lactadherin. In paper IV, we report that the number of lactadherin positive MPs, endothelial MPs, platelet MPs and leukocyte MPs in SLE samples were increased compared to matched population controls (p<0.0001 for all analyses). Moreover, MPs exposing inflammation and/or activation markers such as CD40L, TF, vascular cell adhesion molecule 1 (VCAM-1), high-mobility group protein B1 (HMGB1) and C4d also were also clearly increased in the SLE patients (p<0.0001 for all analyses).

However, MP number could neither be used to distinctively discriminate between SLE patients with or without APS nor between SLE patients with or without previous vascular events in multivariable models (p-values for all analyses >0.05 except for VCAM-1-positive endothelial MPs which had p-values of 0.044 and 0.047 for positive associations in the vascular event models). In paper V we report a positive association between cigarette smoking (ever smoking and, most strikingly, former smoking) and the presence of aPL among patients with SLE (OR ≈3 for aPL of the IgG isotype and for LA and former smoking vs. never smoking in a multivariable model). A positive interaction between ever smoking and aPL was noted for the association with previous vascular events. The additive interaction analysis demonstrated a significant interaction between ever smoking and LA (attributable proportion due to interaction, AP=0.80, 95% CI 0.5 - 1.0) and ever smoking and triple aPL positivity (AP=0.85, 95%

CI 0.6 - 1.0) for the association with presence of previous vascular events.

Conclusions

Automated aPL assays are promising for facilitating aPL testing. However, it is crucial to also evaluate LA positivity, antibody titers and isotypes together with smoking status when aPL results are used for risk assessment in individual patients. Smoking, abnormal fibrin clot properties, fibrinolytic function, and MP profile may contribute to the pathogenesis of aPL-associated disease. MP formation is likely to play a role in SLE as well, which is a disorder closely related to APS. However, the exact relationship between aPL, vascular events and MPs in SLE patients needs to be further studied. Further mechanistic studies are needed to address how the different variables studied in this thesis are related to the pathogenesis of aPL-associated disease. The findings and conclusions in this thesis also need to be prospectively studied to clarify their prognostic value. With such additional studies, our observations could guide the search for new biomarkers and risk scores in aPL-related disease.

ISBN

978-91-7549-674-0

List of papers

1. Vikerfors A, Johansson AB, Gustafsson JT, Jönsen A, Leonard D, Zickert A, Nordmark G, Sturfelt G, Bengtsson A, Rönnblom L, Gunnarsson I, Elvin K, Svenungsson E. Clinical manifestations and anti-phospholipid antibodies in 712 patients with systemic lupus erythematosus: evaluation of two diagnostic assays. *Rheumatolog*. 2013;52:501-9.
2. Vikerfors A, Svenungsson E, Ågren A, Mobarrez F, Bremme K, Holmström M, Eelde A, Bruzelius M, Elgue G, Wallén H, Antovic A. Studies of fibrin formation and fibrinolytic function in patients with the antiphospholipid syndrome. *Thromb Res*. 2014;133:936-44.
3. Vikerfors A, Mobarrez F, Bremme K, Holmström M, Ågren A, Eelde A, Bruzelius M, Antovic A, Wallén H, Svenungsson E. Studies of microparticles in patients with the antiphospholipid syndrome (APS). *Lupus*. 2012;21:802-5.
4. Vikerfors A, Mobarrez F, Gustafsson JT, Gunnarsson I, Zickert A, Wallén H and Svenungsson E. Microparticles in 290 SLE patients and matched controls and their relationship to vascular disease. Manuscript.
5. Gustafsson JT, Gunnarsson I, Källberg H, Pettersson S, Zickert A, Vikerfors A, Möller S, Rönnelid J, Elvin K, Svenungsson E. Cigarette smoking, antiphospholipid antibodies and vascular events in Systemic Lupus Erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2014; Apr 1:1-7.



Ur vardagen

Bakgrund: Karin kommer till Reumatologavdelning D26 i Solna på remiss från en vårdcentral i Stockholm.

Kön: Kvinna

Ålder: 66 år

Socialt: Ensamboende, 2 barn

Hereditet: Ingen känd

Tidigare sjukdomar: Opererad för höftledsartros, 2007. Opererad och strålbehandlad för vänstersidig bröstcancer, 2006.

Nuvarande sjukdomar: Väsentligen frisk

Överkänslighet: Inga kända

Aktuellt: Patienten inkommer till Reumatologavdelning D26 vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna på remiss från en vårdcentral i Stockholm som har varit i kontakt med reumatologkonsult då man har funnit lätt förhöjda muskelenzymer. Patienten är sedan tidigare frisk förutom en höftoperation på grund av coxartros för

8 år sedan samt operation av bröstcancer med efterföljande strålning 2006. Sedan ett halvår tillbaka har patienten fått tilltagande muskelsvaghet och smärta i armar och ben samt även lätta sväljningssvårigheter med lite nasalt tal. Nedsatt kraft och balansproblem. På vårdcentral tas prover som då visar lätt förhöjda värden av ASAT (0.91; ref. 0.25-0.60), CK (9.0; ref. 0.60-3.5), CK-MB (24; ref. <5), LD (5; ref. <4.3), myoglobin (169 ref. <58), troponin T (56; ref. <15).

Vid inläggning på reumatologavdelningen noteras i status atrofiering av båda händer thenarregioner samt första interossen på vänster hand och svaga fascikulationer över båda skuldror. Sjukgymnast och arbetsterapeut undersöker patienten och finner nedsatt muskulär uthållighet med 3.3-75% i övre extremiteter och 73.3-100% i nedre extremiteter. Vidare utredning med HRCT, sväljningsröntgen, ENeG, EMG och muskelbiopsi beställs. Enligt prelimi-

närsvaret från muskelbiopsin ses en ospecifik myopatibild. Varierande fiberstorlek, grupper av atrofiska fibrer som vid neurogenskada, enstaka nekrotiserade och regenererande fibrer.

Frågor:

1. Vilka sjukdomar misstänker du?
2. Vilka prover och undersökningar vill du beställa för att komma vidare med diagnostiken?

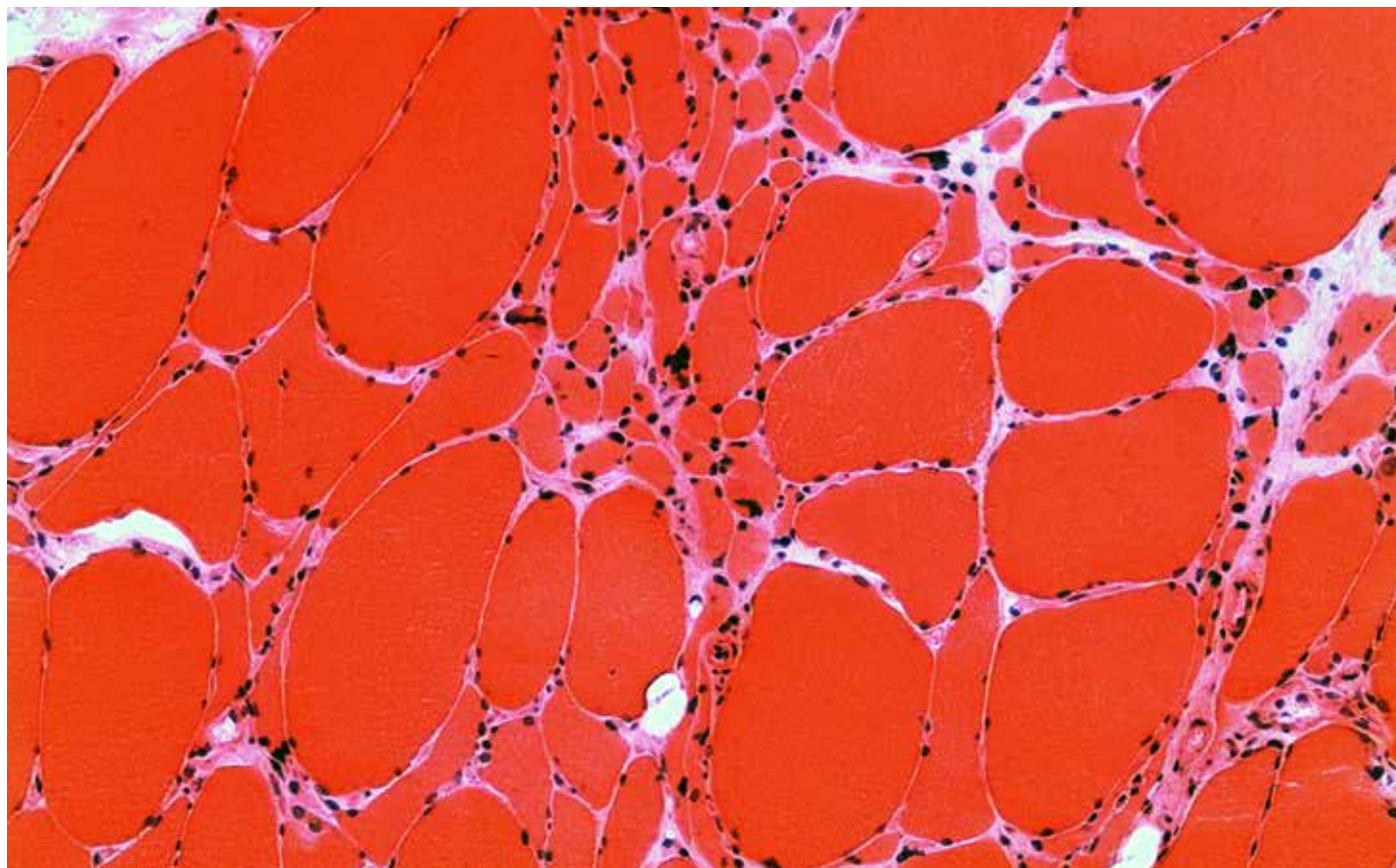
Kristina Bellander

ST-läkare

Geriatriska kliniken, Nacka sjukhus
nu randande på KS

Babylonia Tibert

läkarstuderande T6
Karolinska Institutet



Har du också ett fall som vi andra kan lära oss något av? Skicka in en kort sammanfattning, stimulerande frågor och facit till ioannis.parodis@karolinska.se. Tills dess, njut och le!

IOANNIS PARODIS

Facit till Ur vardagen RB 1/2015

Patienten genomgick ytterligare en artroskopi, denna gång med positivt svar på bakteriespecifikt DNA, som visade fynd av gonokocker. Patienten hade inga som helst uretritsymptom, men direktmikroskopi från uretrasekret visar två stycken diplokocker.

Odling från ledvätska som skickas iväg för specifik gonokockodling är nu positiv. Pat får antibiotika under sex månader och infektionen läker ut.

Inflammationsprover normaliseras, patienten är klart förbättrad i knät, har grava förändringar men har hittills klarat sig ifrån protesoperation.

Septisk artrit är en känd komplikation till gonorré som orsakas av den gramnegativa diplokocken *Neisseria gonorrhoeae*. Den disseminerade formen, där septisk artrit är en av manifestationerna, drabbar mellan 0,5–3% av alla infekterade. Riskfaktorer är bland annat SLE och fel i komplementsystemet. Septisk artrit

orsakad av gonokocker har en typisk bild som skiljer sig från artrit av andra agens. Det är vanligt att fler än en led är drabbad, oftast knä, anklar och handleder, ibland polyartritbild, vanligen asymmetrisk. Patienterna är oftast stabila och afebrila. Frånvaro av urogenitala symptom är inte ovanligt.

Blododlingar är ofta negativa. Infektion med gonokocker kan ge polyartralgi, ofta samtidigt som hudutslag och tenosynoviter. Man har dock inte kunnat bekräfta att bakterien orsakar reaktiv artrit. Vår patient hade inga urogenitala symptom, i dessa fall är GC-odling från uretra positiv i endast 50–75% av fallen.

UpToDate - disseminated gonococcal infection

<http://referensmetodik.folkhalsomyndigheten.se/w/Gonorré-laboratoriediagnostik>. Reactive arthritis or post-infectious arthritis? *Hannu T et al*,

Best practice & research Clinical Rheumatology 419-433, 2006



www.svenskreumatologi.se

Surfa in på hemsidan för Svensk Reumatologisk Förening och hitta uppdaterad information om allt som händer

Finns även som app i din telefon



ReumaKalender

2015

- 2 jun** Fortbildningskurs spondylartriter
2 juni
Stockholm
- 10 jun** EULAR 2015
10-13 juni
Rom , Italien
- 8 jul** 4th World Psoriasis & Psoriatic Arthritis
Conference 2015
8-11 juli
Stockholm Waterfront Congress Center
- 1 sep** Reumadagarna 2015
1-4 september
Tylösand
- 2 sep** SLE-mötet i Wien
2-5 september
Wien, Österrike
- 16 sep** RULe-internat 3
16-18 september
Eklundshof, Uppsala
- 21 sep** SK-Kurs, Akut endokrinologi
21-25 september
Stockholm
- 28 sep** Inflammatoriska systemsjukdomar
SK-liknande kurs
28 sept-2 okt
Göteborg
- 12 okt** SK-kurs, Differentialdiagnostik vid
inflammatoriska sjukdomstillstånd
12-16 oktober
Stockholm
- 18 okt** 16th EULAR Postgraduate Course
18-21 oktober
Prag
- 6 nov** ACR/ARHP Annual Meeting
6-11 november
San Fransisco
- 9 nov** SK-kurs, Akutmedicin och medicinsk intensivvård
9-13 november
Stockholm (Rekommenderas av SRF)

- 12 nov** RULe - avslutningsmodul
12-13 november
Göteborg
- 16 nov** SK-kurs, Koagulationssjukdomar
16-20 november
Malmö

2016

- 27 jan** SRFs RESURRS-dagar
27-29 januari
- 8 jun** EULAR 2016
8-11 juni
London



Information/program/inbjudan återfinnes i Reumakalendern på

www.svenskreumatologi.se