



## ReumaBulletinen

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

- Ansvarig utgivare** **Johan Bratt**  
Reumatologiska kliniken  
D2:01  
Karolinska Universitetssjh  
171 76 Stockholm  
Tel 08-585 818 48  
johan.bratt@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
- Produktion** **Mediahuset i Göteborg AB**  
Marieholmsgatan 10C  
415 02 Göteborg  
www.mediahuset.se  
Tel 031-707 19 30
- Annonser** **Dan Johansson**  
dan@mediahuset.se  
**Olle Lundblad**  
olle@mediahuset.se
- Layout** **Gunnar Brink**  
gunnar@mediahuset.se
- Tryck** **Åkessonstryckeri AB**  
Box 148  
361 22 Emmaboda  
www.akessonstryck.se
- Distribution** Distribueras som posttidning  
ISSN 2000-2246

### Utgivningsplan 2011

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1	25 januari	2 mars
Nr 2	26 april	8 juni
Nr 3	25 augusti	5 oktober
Nr 4	26 september	9 november
Nr 5	8 november	16 december

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessonstryckeri, Emmaboda

# Innehåll 3/2011

- 3 Redaktören har ordet**
- 5 Brev från ordföranden**
- 7 Brev från vetenskaplige sekreteraren**
- 9 Brev från utbildningsansvarig och yngreläkarrepresentanten**
- 10 Rapport från Nationella ST-dagarna 2011**
- 11 Fakta och visioner kring SK och SK-liknande kurser i reumatologi**
- 12 SPUR och Reumatologi**
- 14 Resultat av ST-enkät 2011**
- 16 I huvudet på en ST-läkare**
- 17 Dr Mossamossa**
- 19 ST-studierektor i Reumatologi har nyckelroll för specialitetens framtid**
- 23 SRFs Höstkonferens 2011, program**
- 25 SRFs symposium om nya riktlinjerna i Almedalen**
- 28 Spenshults sjukhus, Oskarström**
- 30 Ulla Nordenskiöld  
– reumapionjär inom arbetsterapin**
- 35 Historia med Ido – Artrit i konsten**
- 37 Nytt om hemsidan  
SRFs styrelse 2011**
- 38 Aktuella avhandlingar**
- 40 Reumakalender  
Pottholtz funderingar**

### Omslagsbild:

Johannes Vermeers vackra konstverk The Milkmaid belyser en rofylld daglig syssla, som vi vanligtvis enkelt utför när vi är fria från smärta och har god handfunktion. Originalen finns i Amsterdam och skapades mellan åren 1658–60. I denna utgåva av RB finns en intervju med Ulla Nordenskiöld, den första arbetsterapeut som disputerade inom reumatologi i Sverige. Hennes avhandling handlar om dagliga aktiviteter och betydelsen av att klara av dessa självständigt, trots nedsatt handfunktion. Vermeers målning prydde framsidan av hennes avhandling.

# ANNONS

# Med tonvikt på ST-utbildning

**D**etta nummer av *ReumaBulletinen* domineras av flera artiklar med anknytning till ST-utbildning. Vi presenterar såväl en ST-krönikör ("I huvudet på en ST-läkare") – Ioannis Parodis från Sörmland – som en ST-cartoonist, nämligen Ann-Sofie Rönnegård från Falun. De kommer att medverka i fortsättningen under närmaste året. Därutöver rapporterar Johan Karlsson (ST-ansvarig i styrelsen) för såväl Riks-ST-dagarna i Stockholm i maj samt även en ST-enkät där ST-läkarnas situation granskas på olika sätt. Åsa Reckner-Olsson (utbildningsansvarig i styrelsen och ansvarig för de regionala ST-studierektorerna) intervjuar våra regionala ST-studierektorer och visar på vår unika regionalt organiserade ST-utbildning. Mig veterligen är det bara barn- och ungdoms-psykiatri (BUP) som har en liknande organisation, dvs. där universitetssjukhusen tar ett ansvar för utbildningen även på länsenheterna. Bernhard Grewin delger oss sina erfarenheter av SPUR-inspektioner under de senaste fem åren. Meningen är att ha ett återkommande ST-tema i varje nummer med artiklar och reportage inriktade på ST-läkarna. Huvudansvariga för att material inkommer till dessa sidor är Johan Karlsson och Åsa Reckner-Olsson. ST-läkare och andra får gärna komma med förslag på – eller färdiga – artiklar med anknytning till ST till Johan och Åsa.

**FÖRELIGGANDE NUMMER INNEHÅLLER** också ett omfattande reportage från SRFs deltagande i Almedalsveckan i samarbete med Reumatikerförbundet. Mötet är en del av arbetet med att förankra Socialstyrelsens



»Under hösten kommer tre nummer av *ReumaBulletinen* varav detta är det första. Detta innebär således att vi nu utökar till fem nummer per år.«

nya riktlinjer för RA-AS-PsoA vilka innebär en förstärkt indikation för biologisk riktad immunbehandling. Sammantaget kommer de nya riktlinjerna att innebära ett ökat behov av resurser för såväl läkemedel i sig men även ökade krav på läkar- och sjuksköterskebemanning.

Månadens reumatologienhet presenteras – valet står Bengt Lindell för.

Historia med Ido fortsätter med konsttema och Ulla Nordenskiöld intervjuas av Per Lundblad. Ulla var den första arbetsterapeuten att disputerat inom reumatologi år 1996 och hon blev hedersledamot i SRF för några år sedan. Ulla är pionjär inom reumatologisk arbetsterapi.

Från styrelsen finns omfattande information i form av ledare, brev från vetenskapliga sekreteraren och brev från utbildningsansvariga.

Vi kommer att ha kort information om hemsidan i varje nummer, vilket sköts av Milad Rizk.

**UNDER HÖSTEN KOMMER** tre nummer av *ReumaBulletinen* varav detta är det första. Detta innebär således att vi nu utökar till fem nummer per år.

Nummer 4 kommer framförallt att ha material med relevans på Riksstämman, bl.a. alla abstracts, program, verksamhetsberättelse och dagsordning till årsmöte samt ytterligare material med forskningsanknytning. Numret kommer även att finnas tillgängligt på Riksstämman.

Nr 5 – vår jultidning – kommer bl.a. att skildra höstkonferensen, ta upp läkarutbildningen i reumatologi på de olika lärosätena samt inleda en artikelserie benämnd "Forskning och framtid", där våra främsta forskare kommer att skriva om de ämnen de arbetar med och dess relevans på vår kliniska praxis. Meningen är att stimulera och locka till forskning men även att ge länsreumatologin kunskap om vad som händer på forskningsenheterna. Samtliga ämnen kommer att vara framtidsinriktade.

Således – välkomna till nr 3/2011 av *ReumaBulletinen*!

**TOMAS BREMELL**  
Redaktör

## Välkomna till SRFs fest under Riksstämman Onsdagen 30 november 2011 på van der Nootska Palatset

**Var?** St Paulsgatan 21

**Vad?** Mingel, Middag, Vin

**Vem?** SRFs medlemmar och forskningsaktiva associerade medlemmar

**När?** Klockan 19.00

Bindande anmälan via mail senast 2011-11-13

OBS! Festavgift 250:- betalas i entrén

För information maila [annette.hjarne@karolinska.se](mailto:annette.hjarne@karolinska.se)

# ANNONS

# Debut för SRF i Almedalen

**Debut för SRF i Almedalen. Sol och myller av riks- och landstingspolitiker, PR-människor, journalister, sjukvårdsengagerade och fyra nyfikna, något spända, styrelsemedlemmar från SRF.**

SRF deltog för första gången i år med seminarium under Almedalsveckan. Vårt seminarium "Guld till reumatiskt sjuka?" drog trots knivskarp konkurrens stor publik i Visby kårhus. Det blev en konkret och bra diskussion kring hur Socialstyrelsens nya riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar ska implementeras på ett bra och jämlikt sätt. En ökad resurstilldelning till svensk reumatologi på cirka 1 miljard kronor är nödvändig för att kunna genomföra detta; 800 miljoner kronor i ökade läkemedelskostnader och 200 miljoner kronor för satsningar på fler reumatologer och sjuksköterskor. Glädjande nog tyckte inte Mats Eriksson, regionråd och ordförande för sjukvårdsdelegationen inom SKL, att detta verkade vara någon orimlig summa i sammanhang och såg det som väl investerade pengar.

**JAG VILL I DETTA SAMMANHANG** tacka vår lysande moderator Eva Nilsson Bågenholm och våra paneldeltagare för deras insatser som bidrog till att det blev ett lyckat arrangemang. Vi tackar även Läkarförbundet som gratis ställde lokaler till vårt förfogande och som dessutom såg till att vi fick en av de mest populära tiderna under Almedalsveckan; nämligen lunchseminarium under onsdagen. Till sist vill jag tacka vår samarrangör Reumatikerförbundet med Anne Carlsson i spetsen. Tack för gott samarbete! SRF blev historiska då vi var den första specialistförening under Almedalsveckans historia som samarrangerade ett symposium med en patientförening. Kul! Överhuvudtaget diskuterades många viktiga framtidsfrågor inom sjukvården under veckan, bl.a. vårdgarantin, finansieringsfrågor, kvalitetsregister och vårdval. Boel Mörck deltog i egenskap av verksamhetschef på ett symposium kring kvalitetsregister och kunde framföra positiva erfarenheter från våra kvalitetsregister inom reumatologin och hur det kan underlätta verksamhets-/kvalitetsupp-



»SRF blev historiska då vi var den första specialistförening under Almedalsveckans historia som samarrangerade ett symposium med en patientförening. Kul!«

följning och stärka våra patienters delaktighet. Jag tror att det är viktigt att vi som reumatologer är representerade på arenor som Almedalsveckan. Att synas och framföra våra synpunkter både på seminarier och vid informella samtal med sjukvårdspolitiker och tjänstemän tror jag blir allt viktigare framöver. Detta ska styrelsen verka för.

**TACK VARE ATT IDOGT** och framgångsrikt arbete av klinikledningen på Reumatologen Karolinska och med starkt stöd från KI:s ledning och Reumatikerförbundet, så kommer införandet av vårdval för specialiserad reumatologisk öppen vård i Stockholm inte genomföras jan 2012. Införandet kommer att skjutas upp så att man på ett bättre sätt kan analysera konsekvenser vad gäller forsknings- och utbildningsfrågor, patientsäkerhet och läkemedelsanvändning. Till slut har sjukvårdspolitiker och tjänstemän i Stockholm (inte minst via samtal under Almedalsveckan) insett att en sådan genomgripande förändring som vårdval inte kan hastas fram. Det krävs först en noggrann konsekvensanalys och tydligt regelverk.

När jag skriver detta är det en vecka kvar till Cutting Edge i Lund. Det blir säkert lika vetenskapligt stimulerande som alltid. Juni 2011 bjöd på en välbesökt och fullmatad EULAR-kongress i London med glädjande många bidrag från Sverige. Under hösten väntar nu höstkongressen 13-14 oktober där vi kommer att lyfta frågor kring resurstilldelning, kompetens, bemanning, utbildning och diskutera vad modern reumarehabilitering ska innehålla. Några veckor senare är det ACR i Chicago samt i början av december medicinska riksstämman i Stockholm.

**VIKTIGA FRÅGOR UNDER HÖSTEN** kommer också att vara att se över och förtydliga SRFs roll och ansvar när det gäller våra kvalitetsregister inom svensk reumatologi. Samarbetsavtalen mellan SRF och SRR/SRQ/ARTIS och Heras behöver förnyas och det är ett gyllene tillfälle att mera ingående diskutera organisation, samarbete med läkemedelsindustrin, målsättningen och utformandet av våra register. Styrelsen kommer i september att träffa Staffan Lindblad och Sofia Ernestam från SRR och inleda en diskussion i dessa frågor. Uppföljning sker i slutet av oktober vid ett möte mellan representanter från SRFs styrelse och arbetsgrupperna för våra register. Har Du synpunkter i dessa frågor så hör gärna av Dig till mig eller någon annan i styrelsen.

**UNDER HÖSTEN KOMMER NI** också notera förändringar vad gäller såväl vår tidning som hemsida. Redan om en månad kommer ett nytt nummer av *ReumaBulletinen* som helt kommer att ägnas forskning och riksstämman. Där kommer ni också kunna läsa verksamhetsberättelse och kallelse till årsmöte.

Med förhoppningar om en spännande och stimulerande höst. Lev väl.

**JOHAN BRATT**  
Ordförande SRF

# ANNONS

# Målmedvetet och framgångsrikt arbete

**Svensk reumatologi håller alltjämt den vetenskapliga fanan högt – både genom målmedvetet och framgångsrikt arbete i det tysta på många håll, och genom att visa upp sig och presentera intressanta resultat!**

**P**å EULAR-mötet i London i våras fanns ett stort antal högklassiga svenska bidrag, och många svenska reumatologiforskare bidrog på ett värdefullt sätt till vetenskapliga diskussioner på mötet.

I anslutning till EULAR hölls också det första mötet i den nya styrelsen för den skandinaviska reumatologföreningen (Scandinavian Society for Rheumatology, SSR). Nytt är att varje land har fasta representanter, som väljs på fyra år. Sverige representeras av Ingrid Lundberg, med vidtecknad som suppleant. Vid mötet i London valdes också föreningens första ordförande efter omorganisationen – Ingrid Lundberg. Jag vet att det är många som håller med mig om att detta är en mycket god nyhet inte bara för svensk reumatologi, utan framför allt för SSRs möjligheter att arbeta på ett aktivt och konstruktivt sätt med skandinaviskt samarbete. Till de viktigaste frågorna hör att arbeta för gemensamma fortbildningskurser för forskare, och att bidra till en bättre kontinuitet i planeringen av de skandinaviska reumatologikongresserna.

Nästa skandinaviska kongress äger rum i Köpenhamn 2–5/9 2012. Sedan är det Sveriges tur – preliminärt i Stockholm 2014. Det blir en viktig utmaning att se till så att dessa kongresser blir värdefulla forum för många skandinaviska reumatologer och reumatologiforskare, och att programmet tillför något viktigt utöver stora internationella konferenser och mindre, nationella möten.

**DET KLINISKA ARBETET** inom reumatologi påverkas alltmer av såväl den snabba utvecklingen inom den globala forskningen, som av snabba förändringar i de organisatoriska och ekonomiska ramarna på lokal och nationell nivå. Som framgår av rapporten från SRFs medverkan i Almedalen så har föreningen som långsiktig strategi att verka för implementering av nationella



»Det kliniska arbetet inom reumatologi påverkas alltmer av såväl den snabba utvecklingen inom den globala forskningen, som av snabba förändringar i de organisatoriska och ekonomiska ramarna på lokal och nationell nivå.«

riktlinjer och förbättra möjligheterna för en god och evidensbaserad vård över hela landet. Arbetet med slutversionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar pågår alltjämt, med planerad publicering av slutversionen i januari 2012. Det vetenskapliga underlaget har uppdaterats inom valda områden under sommaren. Som det ser ut nu är det inte sannolikt att det blir några stora förändringar i de centrala rekommendationerna jämfört med preliminärversionen. Det är mycket glädjande när framgångsrika forskare inom svensk reumatologi uppmärksammas inte bara inom den reumatologiska sfären, utan även i andra, tvärvetenskapliga sammanhang. Ett aktuellt exempel är att Professor Lars Rönnblom av Kungliga Vetenskaps-Societeten i Uppsala tilldelats Thuréuspriset i naturalhistorisk-medicinska klassen för sin framstående forskning om de autoimmuna sjukdomarnas etiologi. Ett stort grattis till Lars!

**I SKRIVANDE STUND** har vi just avnjutit årets Cutting Edge-symposium i Lund. Som vanligt var det en mycket spännande och stimulerande dag med högklassiga föreläsningar om ett brett spektrum av ämnen: apoptos och autoimmunitet, epigenetik, kollagen- och bindvävsbiologi, mekanismer bakom autoinflammatoriska sjukdomar, artros och reumatoid artrit. En höjdpunkt var de avslutande föredragen om nya möjligheter till specifika behandlingar av RA av John Isaacs, Newcastle och Lars Klareskog (årets Kåre Berglund-föreläsare).

Till säsongen hör också förberedelserna inför Svenska Läkaresällskapets Riksstämma, som äger rum i Stockholm 30/11–2/12. SRF anordnar program med intressanta symposier och föreläsningar under alla tre dagarna – programmet presenteras i detalj i nästa nummer av *ReumaBulletinen*. Hela 81 abstract inom reumatologi har skickats in från forskare runt omkring i Sverige – ett uppmuntrande exempel på den stora bredden inom svensk reumatologisk forskning.

**NÄR JAG SKRIVER DETTA** har september månad just inträtt, men det är i högsta grad sommarväder alltjämt – framför allt idag. Hösten är en intensiv tid när mycket skall göras på olika fronter, men också en tid då många har hämtat krafter efter en välbehövlig sommarvila. Jag önskar er alla en produktiv och angenäm höst!

**CARL TURESSON**  
 Vetenskaplig sekreterare  
 Carl.Turesson@med.lu.se

## Nya medlemmar i SRF

**Ordinarie:**  
 Helena Tydén, Lund  
 Lisa Davidsson, Göteborg

**Associerade:**  
 Caroline Wendt Jönsson, Sollentuna  
 Louisa Cheung, Stockholm

# ANNONS

## Hösten är här ...

**O**ktober... Måhända inte årets mest trivsamma månad på våra nordiska breddgrader. Regntunga städer, höststormar, våta löv på järnvägsrälsen. Lätt att fly in under filten i soffan med en kopp kaffe. Än mer glädjande då att höstens första nummer av *ReumaBulletinen* bl.a. bjuder på stort ST-tema! Presentation av regionala studierektorer, SPUR-information och resultat av vårens ST-enkät – bara några exempel på intressanta ämnen att ta del av.

av *ReumaBulletinen* respektive på hemsidan ([www.svenskrekumatologi.se](http://www.svenskrekumatologi.se)). På hemsidans ST-sida finns dessutom preliminärt utbud av SK och SK-liknande kurser under 2012 (se även separat artikel i detta nummer).

Ungefär hälften av alla ST-läkare skrev årets ST-skrivning. Få kan tyckas, men efter en liten rundfrågning verkar det som om de som inte skrev hade rimliga skäl till att inte göra detta, såsom föräldraledighet och sidotjänstgöringar. Överlag fick

»Slående är också att utvärderingen av provet tillsammans med handledaren uppfattas som mycket positivt av såväl ST-läkarna själva som av deras handledare. Utan tvekan innebär detta moment ett utmärkt tillfälle till fortsatt inläring och givande diskussioner.«

**SÄRSKILT MYCKET GLÄDJER DET OSS** att kunna presentera två helt nya stående inslag i "Bullen": krönikan "I huvudet på en ST-läkare" av Ioannis Parodis, ST i Eskilstuna, samt serien om "dr Mossamosa" ritad av Ann-Sofie Rönnegård, ST i Falun. Trevligt att ha er med på tåget, och vi ser fram emot att få bekanta oss närmare med era tankar och reflektioner kring såväl reumatologin som livets små och stora förvecklingar i övrigt under det kommande året. Tillsammans med dessa inslag är det dessutom ambitionen att varje nummer av *ReumaBulletinen* framöver ska innehålla ytterligare någon artikel med ST-profil. Fint!

Vad gäller aktuella händelser ligger SRFs Höstkonferens i Stockholm 13–14 oktober närmast till hands. Under dessa dagar planeras bland mycket annat två seminarier kring Bemanning/Rekrutering respektive Utbildning (Grundutbildning, ST-utbildning, Fortbildning), där en mängd viktiga frågor kommer att ventileras. På fortbildningsfronten har exempelvis en intressant tanke framkastats kring behovet av regionala studierektorer även för specialister. Vi hoppas att så många som möjligt kan delta.

**I ÖVRIGT FINNS EN MÄNGD** viktiga datum som vanligt att finna på kalendarierna i slutet

av skrivningen positiva omdömen och den har uppfattats ha en lagom svårighetsgrad. Särskilt delen med MEQ (Multiple Essay Questions) har fått goda omdömen. De flesta tycker också att det varit mycket positivt att ha fått tillgång till artikeln i förväg. Slående är också att utvärderingen av provet tillsammans med handledaren uppfattas som mycket positivt av såväl ST-läkarna själva som av deras handledare. Utan tvekan innebär detta moment ett utmärkt tillfälle till fortsatt inläring och givande diskussioner.

En trevlig fortsättning på höstterminen till er alla!



**ÅSA RECKNER OLSSON**  
Utbildningsansvarig

**JOHAN KARLSSON**  
Yngreläkarrepresentant



Korta fakta om **Ioannis Parodis**, nyutträd ST-krönikör för *ReumaBulletinen*

**Uppväxtort:** Aten, Grekland.

**Ålder:** 30.

**Civilstånd:** Ensamstående.

**Bostadsort:** Stockholm.

**Intressen:** Musik och musikskapande. Skriva och debattera. Tidigare ungdomspolitiskt engagerad i Grekland.

**Läkarutbildning:** Athens Universitet, läkarlegitimation 2006.

**Reumatologiutbildning:** Flyttade till Sverige och Sundsvall november 2008. Fick ST i Allmänmedicin januari 2009. Så småningom väcktes intresset för Reumatologi, vilket förstärktes under sidotjänstgöring i Internmedicin. Sedan augusti 2010 ST-läkare i Reumatologi i Eskilstuna.

**Tidigare skribenterfarenheter:** Skrivit för skoltidning på gymnasienivå under ca sex års tid, under en period även ansvarig elevutgivare. Återkommande spalt i lokaltidning i Grekland under ca två års tid. Tidigare drivit bloggen "Brainwaves".

**Varför ST-skribent för RB?** Stimulerande och varierande uppgift. Vill engagera sig och skapa debatt.



Korta fakta om **Ann-Sofie Rönnegård**, nyutträd serietecknare för ST-sidan i *ReumaBulletinen*.

**Uppväxtort:** Djura (by i Leksands kommun).

**Ålder:** 42.

**Civilstånd:** Bor med man och två barn.

**Bostadsort:** Djura.

**Intressen:** Musik, utbildad kyrkomusiker. Måla och teckna.

**Läkarutbildning:** Uppsala Universitet. AT-tjänstgöring i Mora, läkarlegitimation 1997.

**Reumatologiutbildning:** Påbörjade ST i Rehabiliteringsmedicin 2001. Tog 2003–2009 uppehåll från medicinen för att utbilda sig till och arbeta som kyrkomusiker. ST-läkare i Reumatologi i Falun sedan augusti 2009.

**Tidigare tecknarefarenheter:** Driver hemsidan [www.mossamosa.se](http://www.mossamosa.se) med serier, bilder och korta texter.

**Varför tecknare för RB?** Tycker om att fundera kring rollen som läkare och kring hur man får livet och läkaryrket att gå ihop.

# Rapport från Nationella ST-dagarna 2011

**Folkhälsa, körsbärsträd i full blomning, preventionsarbete, fantastisk mat och intressanta diskussioner – några av nyckelorden för årets ST-dagar i Reumatologi, som arrangerades 5–6 maj på Villa Bredvik på Lidingö i Stockholm.**

Efter att ha avslutat våra resor från landets olika hörn på den charmiga och knakande gamla spårvagnen ut till Lidingö, samlades vi till en utsökt lunch på Villa Bredvik. Den senare visade sig vara en något udda men väldigt trivsamt konferenslokal, med ett virrvarr av våningsplan, korridorer, trappor och genvägar, där säkert fler än undertecknad hade det aningen bekymmersamt med orienteringen till en början.

Efter avnjuten lunch hälsades vi alla välkomna av Brenhard Grewin, regional ST-studierektor i Stockholmsregionen och tillika mötets huvudarrangör. I den nya ST-utbildningens kompetenskrav avseende medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete anges bl.a. följande:

*”Den specialistkompetenta läkaren ska ha kunskap om hälsans bestämningsfaktorer och andra hälsoaspekter samt om metoder för hälsofrämjande samt skade- och sjukdomsförebyggande insatser för att i det medicinskt vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet kunna beakta denna kunskap.”*

En tämligen självklar målsättning kan tyckas, men kanske inte alltid så enkel att ta till sig i det vardagliga rutinarbetet under ST. Temat för årets ST-dagar var därför just ”Folkhälsa och prevention”.

**FÖRST UT BLAND FÖRELÄSARNA** var professor Peter Allebeck från Karolinska Institutet, som under de två rubrikerna ”Sjukdomspanorama och hälsoförhållanden i Sverige och internationellt: Utveckling över tid och i övriga länder” samt ”Hälsans determinanter: Individ – samhälle. Proximala – distala riskfaktorer” gav åhörarna en exposé över folkhälsans historiska utveckling, vad som styr förändringar och kring hur hälsa kan mätas. Ett särskilt intressant avsnitt belyste hur socioekonomisk status även i dagens svenska samhälle förblir en stark prediktor för sjuklighet och död. Därefter tog professor Margareta Kristenson från Linköpings Universitet vid med



två föreläsningar kring ”Läkaren och patienten: Främjande och förebyggande insatser” samt ”Läkaren och samhället: Om arenor och system, befolknings- och strukturinsatser”. Bland mycket annat fick vi här lära oss att rökning och ogynnsamma matvanor är svårare att komma åt behandlingsmässigt än exempelvis riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet.

**KVÄLLENS AKTIVITETER INLEDDES** med en öppen diskussion kring SRFs arbete med ST-frågor, där även ordförande Johan Bratt deltog. Ett flertal kloka synpunkter framkom som vi tar med oss för det fortsatta arbetet inom SRF framöver. Därefter bjöds en utsökt tre-rättersmiddag i Villa Bredviks Sydafrika-inspirerade matsal, varefter många av oss fortsatte socialisera ytterligare någon timma i baren. På många sätt är just möjligheten att knyta kontakter och utbyta kunskap och erfarenheter med ST-kollegor från olika delar av landet en av ST-dagarnas viktigaste funktioner.

Efter torsdagens allmänna perspektiv på folkhälsa, var fredagens program mer specifikt inriktat på reumatologiska vinklingar av ämnet. Ledsagade av i tur och ordning dr Anca Catrina, dr Inga-Lill Engvall, docent Elisabet Svenungsson och professor Ingrid Lundberg, samtliga

från Reumatologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, bjöds vi med på en odysse bland riskfaktorer för olika reumatologiska sjukdomar från genetik via tobak till kost, BMI och fysisk aktivitet. Några centrala teman för dagen var relationen mellan citrullinering och uppkomsten av anti-CCP positiv RA, samspelet mellan nutrition och inflammation, kardiiovaskulär risk och betydelsen av träning vid olika reumatologiska tillstånd.

**EFTER ÄNNU EN SKVÄTT** kaffe bland de praktfulla körsbärsträden och magnoliorna i Villa Bredviks trädgård avslutades därefter två trevliga och lärorika dagar med att Thomas Mandl, regional studierektor i södra regionen bjöd in till 2012 års ST-dagar i Lund/Malmö. Ett stort tack till Stockholmskliniken och Bernhard Grewin för ett fint arrangemang, till samtliga föreläsare och till SRF för den ekonomiska uppbackningen!

**JOHAN KARLSSON**  
Yngreläkarrepresentant SRF

# Fakta och visioner kring SK och SK-liknande kurser i Reumatologi

**Reumatologin är en växande specialitet, men även uppdraget ökar och det är av stor vikt att vi tillser att det finns goda möjligheter att genomgå ST i reumatologi över hela landet. För detta krävs bland mycket annat ett adekvat och tillräckligt utbud av SK och SK-liknande kurser, som motsvarar kraven i socialstyrelsens målbeskrivning. Att kontinuerligt bevaka kursutbudet är därför en central fråga för SRF.**

I målbeskrivningen för reumatologi anges "kurs" som metod för lärande under ett flertal delmål. Om man för stunden bortser från akutmedicin (delmål 11), ledarskapskompetens (delmål 16–18) och kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete (delmål 19), rör det sig för de strikt reumatologiska ämnena om inflammatoriska led- och ryggsjukdomar (delmål 1), inflammatoriska systemsjukdomar och vaskuliter (delmål 2–3), farmakoterapi (delmål 6) och immunologi (delmål 8). För godkänd ST i reumatologi bör man således ha genomgått någon form av "lärarledd utbildning med en fastställd plan som ges under en avgränsad tidsperiod" inom samtliga dessa ämnen.

**UTBUDET AV SK OCH SK-LIKNANDE** kurser i reumatologi har varierat en hel del under åren och kommer alldeles säkert att fortsätta förändras framöver. Mångfald är en styrka avseende kunskap och utbildning liksom för så mycket annat och ingen specifik kurs kan anses obligatorisk, utan tvärtom finns det många vägar att uppnå målbeskrivningen. Samtidigt är det viktigt att åter betona att ovanstående fyra ämnesområden förblir de centrala, varför det också är SRFs uppgift att särskilt bevaka ett gott kursutbud här.

I skrivande stund ges återkommande SK eller SK-liknande kurser i "Kroniska artritssjukdomar" (Stockholm), "Inflammatoriska systemsjukdomar" (alternerande mellan Stockholm och Uppsala), "Reumatologisk farmakoterapi" (Lund), "Immunologi för ST-läkare" (Göteborg), "Organmanifestationer vid reumatiska

sjukdomar" (Umeå) och "Extraartikulära manifestationer och komorbiditet vid RA" (Stockholm). En helt ny kurs, "Allt en reumatolog behöver kunna om bild- och funktionsdiagnostik" (Göteborg), planeras ges i SK-liknande form under 2012, och diskussioner förs även kring att eventuellt återuppliva den tidigare kursen i "Reumatologisk undersökningsteknik och rehabilitering" (Spenshult). Dessutom finns såklart en rad lokalt arrangerade kurser, liksom sådana som även riktar sig till specialister (fortbildningskurser) att tillgå.

**SRFS POLICY ÄR ATT VERKA** för att samtliga ST-läkare i reumatologi ska beredas möjlighet att genomgå SK-kurserna i artritssjukdomar respektive systemsjukdomar tidigt under ST, helst redan under de första två åren. Vi arbetar därför för närvarande för att tillse att dessa framöver ges årligen, vilket tyvärr ej varit fallet de senaste åren. Särskilt kursen i systemsjukdomar är idag alldeles för svår att komma med på (vilket även framkom tydligt i årets ST-enkät), delvis beroende på att den i sin nuvarande form ges som B-kurs vid vartannat tillfälle. Diskussioner förs med kursarrangören i Uppsala för att försöka förändra detta. För övriga kurser är det SRFs ambition att de framgent ska kunna erbjudas vartannat år. Vidare arbetar vi för att så många kurser som möjligt ska kunna ges i SK-form, men då detta ej är möjligt erbjuder samarbete med industrin (SK-liknande) ett gott alternativ. Glädjande är att hela tre SK-kurser (se nedan) har beviljats inför 2012, vilket är mer än normen under 2000-talet.

**UTÖVER OVAN NÄMND KURSER**, har diskussioner under våren förts inom SRFs styrelse, studierektorsgruppen samt med Socialstyrelsen och SRFs externa granskare kring "EULAR On-line Course on Rheumatic Diseases", vilken omfattar 42 st. två-veckors moduler kring olika ämnen (mer info på hemsidans ST-sida). Beslut har fattats att denna kan jämföras med genomgången kurs inom ett av de ovan nämnda obligata ämnesområdena i målbeskrivningen. Till sin omfattning är EULAR online-kursen förvisso mer omfattande än

vanliga SK-kurser, men samtidigt erbjuder den bl.a. inte de kollegiala möten och möjligheter till nätverksbildning och erfarenhetsutbyte som de senare innebär.

**I ENLIGHET MED AMBITIONEN** att de mest centrala kurserna ska kunna erbjudas redan tidigt under ST har omvänd antagningsordning ibland använts. Tyvärr har detta medfört problem för kollegor som redan kommit långt i sin ST utan att ha genomgått dessa, liksom för de som redan uppnått specialistkompetens inom något ytterligare ämne. Detta är såklart inte avsikten, och här finns behov av justering. Arbetet pågår för närvarande också för att förlänga dagens tredagarskurs i immunologi för att ytterligare stärka utbildningen i detta centrala ämne. Hör gärna av er med eventuella förslag på ytterligare områden där behov av SK-kurser finns. Med hopp om ett gott kursutbud framöver!

**JOHAN KARLSSON**  
Yngreläkarrepresentant SRF

## Planerat utbud av SK och SK-liknande kurser 2012

**Kroniska artritssjukdomar, diagnostik, patogenes och behandling**  
SK C-kurs, Stockholm, mars  
**Organmanifestationer vid reumatiska sjukdomar.**  
SK C-kurs, Umeå, oktober  
**Inflammatoriska systemsjukdomar**  
SK C-kurs, Stockholm, oktober  
**Allt en reumatolog behöver kunna om bild- och funktionsdiagnostik**  
SK-liknande kurs, Göteborg, ej fastställt datum

## Planerat utbud av SK och SK-liknande kurser 2013

OBS högst preliminärt, inget avtalat med kursarrangörer ännu  
**Kroniska artritssjukdomar**  
**Inflammatoriska systemsjukdomar**  
**Reumatologisk farmakoterapi**  
**Immunologi för ST-läkare**  
**Extraartikulära manifestationer och komorbiditet vid RA**

# SPUR och Reumatologi

## Fem år med extern granskning av kvaliteten i ST-utbildningen

Som ett led i arbetet med att förbättra specialistutbildningen i reumatologi har Svensk Reumatologisk Förenings SPUR-inspektörer under perioden 2006–2010 genomfört en i princip heltäckande extern granskning enligt SPUR-metoden av alla ST-utbildande enheter i reumatologi. Utfallet har, med enstaka undantag, visat mycket goda eller goda förutsättningar för ST-utbildning på våra enheter i landet. Granskning enligt SPUR-metoden, särskilt efter dess anpassning 2009 till den nya ST-utbildningens krav, är ett effektivt och välstrukturerat sätt att främja god ST-utbildningsmiljö. För att upprätthålla detta bör SPUR-inspektionerna fortsätta, minst var femte år av alla våra enheter med ST-utbildning i reumatologi.

### Vad är SPUR?

SPUR är idag ett väletablerat begrepp för kollegial extern kvalitetsgranskning av enheter med AT- och ST-utbildning, som Läkarförbundet och Läkaresällskapet drivit sedan 1993 med hjälp av specialitetsföreningarna. Sedan 2011 är SPUR administrativt och organisatoriskt en del av IPULS och därigenom har Sveriges Kommuner och Landsting tillkommit som en tredje ägare. Det innebär i sig ingen förändring av verksamheten utan SPUR kommer fortsatt bedriva extern granskning av kvaliteten inom AT- och ST-utbildningen.

Granskning av en ST-utbildningsenhet görs av två för uppgiften utbildade inspektörer från den aktuella specialiteten vid ett personligt besök, föregånget av ett särskilt frågeformulär till enheten. Inspektörerna utses av respektive specialitetsförening och de bedömer den utbildande enheten utifrån *struktur*, resurserna för utbildning, och *process*, hur resurserna används. Inspektörernas samlade bedömning redovisas sedan till enheten i en skriftlig rapport i enlighet med en fastställd mall.

I och med att den nya ST-utbildningen trädde i kraft i september 2008, som bland annat innebär krav på regelbunden extern granskning av utbildande enheter, med Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:17 anpassades också genomförandet av SPUR-inspektioner. Från maj 2009 gäller ett nytt system, anpassat efter den nya utbildningen. Nyttillkommet är främst en mer detaljerad och strukturerad bedömning av enhetens möjligheter till utbildning inom målbeskrivningarnas nya krav på kompetens och kunskap inom de allmänna kompetenserna; kommunikation, ledarskap, medicinsk vetenskap samt förbättrings- och kvalitetsarbete.

Den gamla SPUR-inspektionen innebar också en samlad poängbedömning av kvalitetsens sex olika områden avseende struktur och process, tre för vardera, samt om möjlighet till forskning fanns på enheten. På så sätt kunde en enhet, enligt en fyrgradig skala, uppnå maximalt 18 poäng plus 1 poäng om forskningsmöjligheten fanns.

Även om poängsättningen formellt är slopad och ersatt med värderande ord kan de omsättas i siffror i enlighet med en fyrgradig skala. Den nya granskningen omfattar tre områden avseende struktur och fem avseende process, inklusive de nya allmänna kompetenserna, varför maximal poäng kan bli 24.

### SPUR och reumatologin

Svensk Reumatologisk Förening har sedan 1994 genomfört inspektioner, men inledningsvis i mindre skala. Under åren 1994 till 2002 gjordes sammanlagt nio inspektioner, främst av universitetskliniker.

En nystart initierades 2005 sedan föreningen och dess styrelse beslutat att stödja en heltäckande inspektion med målet att under fem år inspektera samtliga enheter i landet med pågående ST-utbildning. Den stora förändringen var att initiativ till inspektioner togs av inspektörerna och inte av enheterna. Under åren 2006–2010 inspekterades sammanlagt 24 enheter av två inspektörspär Eva Nitelius, från 2010 ersatt av Annika Teleman, och Eva Bagge respektive Per-Johan Hedin och Bernhard Grewin, som också fungerat som samordnare under inspektionsomgången.

Inspekterade enheter under perioden är Uppsala, Linköping, Sundsvall, Malmö och Lund 2006. Karolinska, Falun, Spenshult, Borås och Sahlgrenska 2007. Umeå, Eskilstuna, Sunderbyn och Skövde 2008.

Östersund och Uddevalla 2009, alla enligt gamla systemet. Enligt det nya systemet inspekterades Västerås och Växjö 2009 samt Gävle, Kalmar, Västervik, Helsingborg och Danderyd 2010.

Ytterligare tre enheter, som har ST-utbildning, kunde inte granskas då de inte hade ST-läkare i tjänst på enheten när inspektionerna var tänkta att göras. Dessa enheter, Karlstad, Karlskrona och Kristianstad, kommer därför att inspekteras vid lämpliga tillfällen så snart det är möjligt.

### Inspektionsresultat 2006–2010

Resultatet av inspektionerna, uttryckt i medeltotalpoäng samt uppfyllelse i % av maximal poäng (gamla 19 och nya 24), fördelat på universitetskliniker och övriga, med och utan forskningspoängen, samt inspekterade enligt gamla och nya systemet redovisas i tabell 1.

### Erfarenheter under fem år och slutsatser för framtiden

Erfarenheterna av de fem årens inspektioner är många och en del slutsatser kan dras för framtiden.

Inledningsvis kan konstateras att målet uppnåddes att inspektera alla enheter med ST-utbildning i reumatologi i landet under perioden, med undantag för de tre enheter som inte hade ST-läkarna på plats när inspektionerna var tänkte att göras.

En inspektion tar som regel en eller två dagar, beroende på utbildningens omfattning, då alla ST-läkare och handledare, utöver enhetens ledning, ska intervjuas. Med hänsyn taget även till för- och efterarbete torde det för framtiden inte vara något problem att för två inspektörspär hinna med samtliga enheter under en femårsperiod.

Tabell 1:

	Universitetskliniker	Övriga	Samtliga
<b>Gamla systemet</b>			
<b>Antal</b>	7	10	17
<b>Forskningspoäng:</b>			
<b>Utan/Uppfyllelse i %</b>	14,6/81	14,0/78	14,2/79
<b>Med/Uppfyllelse i %</b>	15,6/82	14,2/75	14,8/78
<b>Nya systemet</b>			
<b>Antal</b>		7	
<b>Forskningspoäng:</b>			
<b>Med/Uppfyllelse i %</b>		14,9/62	

Perioden mellan två inspektioner av en enhet är inte reglerat men fem år är en rimlig bortre gräns då det betyder att varje ST-läkare i princip får sin enhet inspekterad under utbildningen.

Inspektörsparens sammansättning har valts så att varje par haft kompletterande erfarenhet från både universitetssjukhus och mindre enhet. Detta har varit värdefullt för arbetet och bör fortsättas.

Intresset hos de inspekterande enheterna har varit mycket stort och granskningen har alltid genomförts i en positiv och konstruktiv anda. Majoriteten kunde genomföras innan ens det formella obligatoriet på extern granskning infördes i september 2008. Alla har ställt upp utan problem efter att vi enats om lämpliga dagar. Det beror troligen främst på två saker. Allas medvetenhet om föreningens och styrelsens starka engagemang för att genomföra inspektioner och inspektörernas aktiva arbete med att erbjuda enheterna inspektioner. Båda dessa saker måste finnas med i framtiden om målet fortsatt ska kunna nås med inspektion av alla enheter minst var femte år.

Den kollegiala dialog som inspektionen innebär mellan inspektörer, klinikledning, handledare och ST-läkare men även med andra som berörs av specialistutbildningen betyder mycket för att lyfta fram ST-utbildningen i allmänhet och vikten av god utbildningskvalitet i synnerhet.

”SPUR-effekten” innebär att enheten, som ska inspekteras, i god tid före inspektionen med hjälp av frågeformuläret, som också utgör inspektörernas checklista vid inspektionen, åtgärdar så mycket som möjligt av eventuella brister i sin ST-utbildning. Mycket av förbättringar görs därför regelmässigt före inspektionen. Det som inspektörerna påpekar som kvarstående svagheter återstår därefter för enheten att åtgärda. Här kan i många fall rapporten vara till stor hjälp när nödvändiga förbättringar inte klaras inom

ramen för den egna verksamheten utan kräver överordnade åtgärder eller beslut. Det kan till exempel gälla tillgång till ledarskapsutbildning, forskningsresurser eller bättre lokaler.

När den nya ST-utbildningen infördes i september 2008 resulterade det i en anpassad SPUR-inspektion, som tillämpats från maj 2009. Den nya föreskriften med målbeskrivningar från Socialstyrelsen är betydligt mer detaljerad och utförlig när det gäller föreskrifter och råd än den tidigare. Detsamma gäller Läkarförbundets och Läkaresällskapets rekommendationer om hur ST-utbildning ska bedrivas. Det betyder att det nya frågeformuläret eller checklistan för SPUR-inspektioner, som nära följer föreskriften och läkarorganisationernas rekommendationer, blivit betydligt mer strukturerat och tydligt, och därigenom bättre och effektivare. Det gäller både för inspektörer och för enheten i sina förberedelser för att uppnå ”SPUR-effekten” före inspektion och egenkontroll mellan inspektioner. Även om checklistan är mer utförlig och omfattande än tidigare är tidsåtgången för inspektioner, enligt den nya modellen, densamma genom sin tydliga struktur.

Även bedömningen av de olika delarna, liksom värderingen, av en ST-utbildningskvalitet blir med det nya frågeformuläret säkrare och lättare med mindre utrymme för personliga åsikter. Trots detta är det fortsatt viktigt att inspektörerna, även i fortsättningen, årligen utbyter erfarenheter av inspektionerna och stämmer av resultat och bedömningar från inspektionerna.

En annan viktig skillnad mellan gamla och nya SPUR är att, i enlighet med föreskriften, har förutsättningarna för att kunna uppnå kompetens och kunskap i kommunikation, ledarskap, medicinsk vetenskap samt kvalitetsarbete fått en betydligt större tyngd. De ska bedömas som separata delar och enligt samma graderade bedömning som övriga delar.

När det gäller utfallet av inspektionerna under perioden, i enlighet med sammanställningen ovan, blir den övergripande bedömningen att resultatet generellt är bra med övervägande inte perfekta men goda eller mycket goda förutsättningar för ST-utbildning. Detta gäller oavsett om det rör sig om universitetskliniker eller andra enheter. Undantag från detta är i princip de enheter som inspekterats enligt det nya systemet. Förklaringen till detta kan vara flera med det som spelat stor roll är att alla dessa är mindre eller medelstora enheter utan som regel resurser för forskning och ledarskapsträning, vilket med det nya systemet slår igenom i den samlande bedömningen. En annan förklaring är att enheterna ännu inte hunnit anpassa sig till den nya ST-utbildningen, med bland annat krav på skriftliga riktlinjer för hur utbildningen ska genomföras och utvärderas. Här har påpekanden under våra inspektioner redan resulterat i förbättringar.

Svagheter i ST-utbildningen på våra reumatologienheter, eller där störst förbättringspotential finns, är inom handledning och dokumentation samt ledarskap och undervisning. På många ställen kan handledningen stramas upp med mer regelbundna träffar, som är överenskomna och dessutom därefter skriftligen dokumenteras av både handledare och ST-läkare. Även ST-läkarnas kontinuerliga dokumentation av sin egen kunskaps- och kompetensutveckling kan bli bättre. ST-läkarnas möjligheter till praktisk träning i ledarskap och undervisning behöver också bli bättre, liksom möjligheterna till kurser i ledarskap. Slutligen vore det bra, som ett hjälpmedel i den kontinuerliga bedömningen av deras kompetensutveckling, om medsittningar med feedback används mer frekvent än nu.

Även om inspektionsresultaten överlag varit goda och resterande nödvändiga förbättringar genomförs av de olika enheterna måste självklart en ny inspektion genomföras minst var femte år för att följa upp och stödja den fortsatta utvecklingen av specialistutbildningskvaliteten. I vissa fall där resultaten har varit svaga, särskilt sedan det nya systemet införts, bör nödvändiga förbättringar kanske följas upp med nytt frågeformulär till enheten och/eller med ny inspektion efter ett halvt eller ett år.

**BERNHARD GREWIN**

SPUR-inspektör och samordnare under inspektionsomgången 2006–2010



# Resultat av ST-enkät 2011

**Som ett led i det ständiga arbetet att förbättra ST-utbildningen i reumatologi runtom i landet gick SRF under försommaren ut med en enkät till samtliga ST-läkare. De huvudsakliga resultaten av denna redovisas nedan.**

**S**om synes varierade svarsfrekvensen betydligt mellan regionerna, vilket såklart påverkar säkerheten av resultaten. Några viktiga lärdomar kan likväl dras.

Notabelt är t.ex. att det stora flertalet av dem som med dagens situation ej avser bli dubbelspecialister skulle tveka kring sitt val av reumatologi om dubbelspecialisering vore ett krav, vilket styrker vårt fortsatta arbete för att kvarstå som basspecialitet. Vad gäller jourverksamhet på internmedicinsk akutmottagning, är antalet jourpass/månad under placeringar i reumatologi som väntat avsevärt fler på Läns- och Länsdelssjukhusen. Ytterligare arbete krävs här för att säkerställa att kvaliteten av reumatologiutbildningen ej blir lidande.

Avseende SK och SK-liknande kurser är det glädjande att man i hela landet upplever goda möjligheter från hemklinikerna att söka. Ett stort problem noteras med tillgänglighet för kursen i inflammatoriska systemsjukdomar, där uppemot en tredjedel av de svarande sökt vid två eller fler tillfällen utan att beredas plats. SRFs vision är att samtliga ST-läkare ska ha möjlighet att gå denna centrala kurs redan inom de första två åren av ST, men idag är detta dessvärre endast fallet för ett fåtal.

Slutligen kan man notera att såväl tid för handledning som studietid (tid avsatt för litteraturstudier i schemat) varierar ganska påtagligt mellan regionerna, det senare möjligen delvis beroende på olika schematekniska lösningar. I flertalet regioner går det i medel mer än en månad mellan en timmes handledningstid. Även om det såklart är mycket glädjande att ST-läkarna i hela landet är ganska nöjda med sina möjligheter till såväl klinisk handledning som tid med huvudhandledarna, finns här utrymme att bli ännu bättre!

## Svarsfrekvens

Landet	43/89	41%
Norra regionen	6/10	60%
Uppsala regionen	8/19	42%
Stockolmsregionen	7/17	41%
Linköpingsregionen	4/4	100%
V Götalandsregionen	3/19	16%
Södra regionen	15/20	75%

Medeltiden sedan start av ST i reumatologi bland de svarande är 4 år.

## Dubbelspecialisering

37% av de svarande avser att bli dubbelspecialister i reumatologi samt ytterligare någon specialitet (allmänmedicin i ett fall, i övrigt internmedicin).

För 38% av dem som avser bli dubbelspecialister var detta ett krav för anställning som ST-läkare i reumatologi, för övriga var beslutet ett eget val.

För 77% av dem som ej avser bli dubbelspecialister skulle krav på dubbelspecialisering medföra tvekan kring valet av specialitet.

## Jourbeting

För 51% av de svarande ingår jourverksamhet på internmedicinsk akutmottagning (eller motsvarande) som en obligatorisk del under placeringar i reumatologi (frågan avsåg ej situationen under sidotjänstgöringar). Medelantalet uppskattade jourpass per månad är för dessa 3,2.

Bland Regionsjukhusen ingår för närvarande jourtjänstgöring som en obligatorisk del under placeringar i reumatologi i Uppsala, Karolinska Huddinge, Örebro, Linköping samt SUS Malmö. Medelantalet uppskattade jourpass per månad är vid dessa sjukhus 1,9.

På 67% av de Läns- och Länsdelssjukhus där något svar inkommit ingår för närvarande jourtjänstgöring som en obligatorisk del

under placeringar i reumatologi. Medelantalet uppskattade jourpass per månad är här 5,6.

För 45% av dem som ej går obligatoriska jurer under reumatologiplaceringsarna, skulle krav på sådana medföra tvekan kring valet av specialitet.

### SK och SK-liknande kurser

**Akuta och kroniska artrit:** 49% av de svarande har gått kursen, varav 79% inom de första två åren av ST.

**Inflammatoriska systemsjukdomar:** 30%, varav 22% inom de första två åren.

**Immunologi för ST-läkare:** 30%, varav 55% inom de första två åren.

**Reumatologisk farmakoterapi:** 42%, varav 60% inom de första två åren.

**Organmanifestationer vid reumatiska sjukdomar:** 37%, varav 56% inom de första två åren.

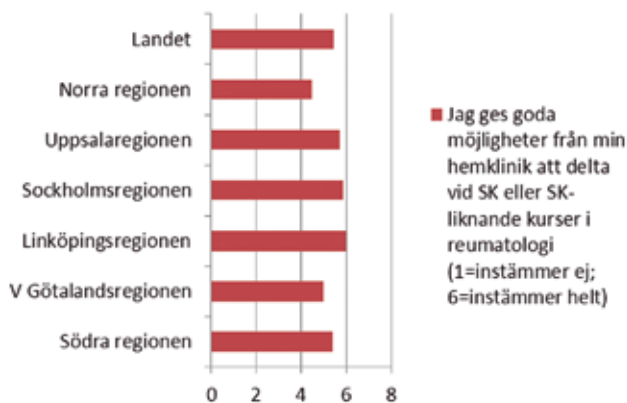
**Extraartikulära manifestationer och komorbiditet vid RA:** 23%, varav 50% inom de första två åren.

**EULAR On-line Course on Rheumatic Diseases:** 33% av de svarande har eller håller på att genomgå denna

33% av de svarande har ansökt någon/några av ovanstående kurser vid två eller fler tillfällen utan att beredas plats. Alla utom en av dessa har upplevt svårigheter att antas till kursen i inflammatoriska systemsjukdomar

Den upplevda möjligheten att antas till sökta SK eller SK-liknande kurser på en skala från 1 (sämsta tänkbara) till 6 (bästa tänkbara) var i riksgenomsnitt bland de svarande 3,7.

Den upplevda överblicken över aktuellt utbud av SK och SK-liknande kurser via kalendarier i *ReumaBulletinen* samt på SRFs och IPULS hemsidor på en skala från 1 (sämsta tänkbara) till 6 (bästa tänkbara) var i riksgenomsnitt bland de svarande 5,2.



### Nationella ST-dagar

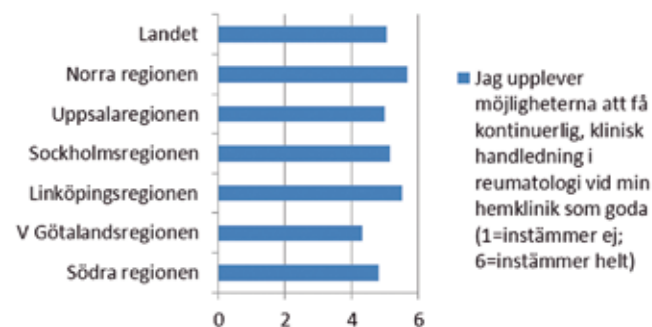
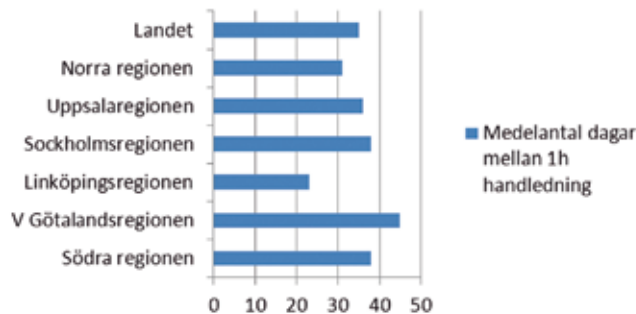
84% av de svarande har deltagit vid minst ett tillfälle. Av de svarande som börjat ST senast under 2010 har 36% deltagit vid två eller fler tillfällen.

Upplevelsen att deltagande vid nationella ST-dagar inverkat positivt på den professionella utvecklingen på en skala från 1 (instämmer ej) till 6 (instämmer helt) var i riksgenomsnitt bland de svarande 4,6.

### Diagnostisk prov

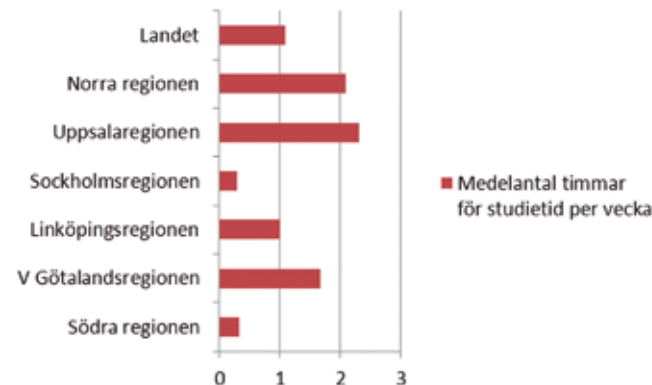
Upplevelsen att deltagande vid det diagnostiska provet i reumatologi inverkat positivt på den professionella utvecklingen på en skala från 1 (instämmer ej) till 6 (instämmer helt) var i riksgenomsnitt bland de svarande 5,1.

### Handledartid



### Studietid

47% av de svarande har någon form av studietid (för litteraturstudier) avsatt i schemat under sina placeringar i reumatologi. Medelantalet timmar bland dessa är 2,3 tim/vecka. Utslaget över alla svarande är medelantalet timmar i landet 1,1 tim/vecka.



JOHAN KARLSSON  
Yngreläkarrepresentant SRF

ReumaBulletinen kommer att förstärka bevakningen av ST-frågor och i denna avsikt startar vi nu en stående krönika "I huvudet på en ST-läkare" med Ioannis Parodis som återkommande krönikör. Ioannis presenterar sig i krönikan och skriver om sina upplevelser som ST-läkare.

## I huvudet på en ST-läkare

**Krönika: en historisk, berättande redogörelse i kronologisk ordning som ofta behandlar ett aktuellt ämne. Krönikörer brukar skriva i personlig stil och använder ofta stilfigurer som hyperbol, litotes, allitteration och retoriska frågor. Reumabulletinen lanserar experimentet, ST-krönikören tackar för förtroendet och vässar pennan...**

### Krönika nr 2 eller... aktuellt

Sommar får man aldrig nog av. Längtan till nästa börjar så fort man insett att den förra är över. På grekiska heter det καλοκαιρι vilket på svenska blir godväder. Visst är det härligt att bara ligga i en solstol på en strand med blicken mot havets ändlösa blå och vid brist på annat läsa Lars Klareskogs, Tore Saxnes och Yvonne Enmans Reumatologi.

Semestern börjar med en åktur i Toscana. Med en gps som har en tendens att om möjligt föra oss rakt in i vartenda monument. Vi blir skrämde när vi plötsligt ser Pisas lutande torn luta sig över vindrutan. Hade vi lyssnat på gps:ens i allmänhet störande röst hade vi säkert besökt tornet sittandes i bilen.

Rom är underbart. Som seden bjuder missar jag inte att blunda och slänga ett mynt i Fontana di Trevi för att försäkra mig om en retur till den eviga staden. Sedvänjor och traditioner lyckas ofta hänföra mig.

Från Rom till Aten känns som en resa baklänges i tiden. Aegean är inte för intet mitt favoritflygbolag. Bekväma säten i läder, god mat, ständig service. Mamma och pappa väntar på flygplatsen och nylagad mat väntar hemma. Prognos och öde: tre kilo på tre dagar. Förutom föräldrar och vänner längtar även alla till mamma bekanta reumatiker efter min ankomst. Privat mottagning hemma på basis av indirekt vänskap och andra former av koppling jag inte besvärar mig med att förstå. Men intressant är det.

En av mina motivationer till att välja specialitet var en nära vän med SLE. Jag blir



inbjuden att vara med på ett av hennes återbesök hos en äldre reumatolog och tackar ja. Kul att se och jämföra. Diskussion kring likheter och skillnader är i sådana fall oundvikligt. Doktors skam lyser igenom hans hänfulla grimas när jag säger att vi inte brukar ta emot tråkigt färgade sedlar, sådana som min släkting nyss lämnat på hans skrivbord. Att vara vass när det inte är det minsta förväntat kan vara skojigt. Eller sårande.

Mormor mår bra. Inga knutor, inga smärtor. Bara filosofiska citat hängande i luften, alltid serverade på hennes unikt visa vis.

Direktflyg hem med Norwegian. Inte lika kul som Aegean, så här kan man lika gärna sova utan större risk att bli väckt. I alla fall om den blonda tjejen vid fönstret klarar resan utan toabesök. Och så blev fallet.

Några dagar senare är jag på plats. Slutenvårdsavdelning D26 på KS i Solna. Randning. Seg som vanligt efter semester, men i en oförklarlig extas över att vara här. Huddinge har sommarstängt och Solna tackar och tar emot. Läkarbemanningen utgörs av tre grekiska underläkare och två svenska överläkare varav den ena med stark anknytning till Grekland. God nystart, känn dig välkommen! Men du, ingen RA som ligger här inne inte. En Wegeners granulomatös komplikerad med Candidasepsis, två dermatomyositer med antisynthetasyndrom varav den ena med bakomliggan-

de cancer, en MCTD med B-cellslymfom och CNS-vaskulit som blött, en misstänkt Morbus Adamantiades – Behçet och jo, senare i veckan får vi en högaktiv RA som dock inte riktigt trivs med oss och skriver ut sig för katten hemma är ensam och sjuk. Dr House hade inte varit helt fel att ha som telefonkonsult. Här får man inte vara lat. Tempot tar en med sig. Hur som helst, oerhört spännande...

### Krönika nr 1 eller... anamnes

Det hela börjar under en tråkig nattjour någonstans i centrala Grekland i maj 2008. Min tjänst avlider efter några månader och jag drar fördel av lugnet och funderar över min svävande och osäkra framtid. Varför alla är friska denna natt vet jag inte. Jag tar en promenad ute på gården och ringer ett avgörande samtal.

"Jag vet verkligen inte om jag vill pausa min utbildning nu och göra lumpen. Hade nog hellre flytt. En förändring vore ju inte fel och samtidigt så kan jag fortsätta med min ST?"

Det är mest på skoj jag bjuder in mig själv till Lina i Sundsvall och det är nog på skoj hon hälsar mig välkommen. Hon vet att jag aldrig skulle lämna Aten och min helt nya och nyss färdigmöblerade lägenhet.

Tips: Bjud aldrig in folk i tron att de inte ska tacka ja! Risken ligger alltid på lur.

Schweiz är ett alternativ, att jag talar franska underlättar. Men Sverige lockar av oklar anledning mer. Tryggheten av att ha sällskap? Redan i juni har jag börjat läsa svenska med hjälp av en tjej från Lund som agerar lärare en gång i veckan. I november har jag packat ner det viktigaste – vilket i mitt fall innebär femtio kilo bagage – och missar självklart flyget dels på grund av tidsoptimism, dels på grund av biltrafik. Ödet? Nä, missöde och ren otur. Jag tar nästa möjliga flyg med mammas uppmuntran.

Nästa Sundsvall. Allt ser vackert ut. Stenstan, floden, det välbelysta Statoil runt hörnet, hamnen, Södra och Norra Berget.

Åsa på biblioteket är hjälpsam och pratglad. Några dagar senare överraskas jag av årets första snöflingor. Bilden blir jag fort van vid och nästa gång jag ser Sundsvall utan snö är först i april.

Fikar på stan gör vi ofta. Sundsvall har endast ett fåtal alternativ att erbjuda så det är inte ovanligt att träffa folk från jobbet eller folk man känner någon annanstans ifrån. Att Linas mentor, John Svensson, dyker upp på Barista denna kväll blir avgörande för mitt första ST-block, mycket fortare än de mest optimistiska förväntningarna. Nästa VC hos Mats Rytte. Intelligent, erfaren och språkintresserad. Definitivt något slags försyn som drog mig till honom.

Exakt när jag börjar glida från att vilja bli onkolog, min första dröm, till att vilja bli reumatolog minns jag inte riktigt. Lena Hasemats som varit på VC:en som reumatologkonsult har troligen spelat en viss roll

och Staffan Magnussons handledning under min sidotjänstgöring i Internmedicin fullbordar sedan tanken.

I ett försök att försvenska mig har jag skaffat mig en Volvo, lärt mig åka skidor och köpt en liten tvåa centralt. Jag är nyss klar med inredningen och en liten renovering när Åke Thörner, min nuvarande chef, utlyser en ST-tjänst i Reumatologi och lockar mig till Eskilstuna.

Det går fort att sälja min gamla och köpa ny lägenhet i Stockholm, min drömstad från alla första ögonkastet. Eskilstuna erbjuder en varm famn. Trevliga stunder i fikarummet och fyra reumatologer som var på sitt sätt förstärker mitt patos för reumatologin.

### Krönika nr ? eller... prognos

Jag hade kunnat skriva i en evighet om alla mina upplevelser men det är inte mening-

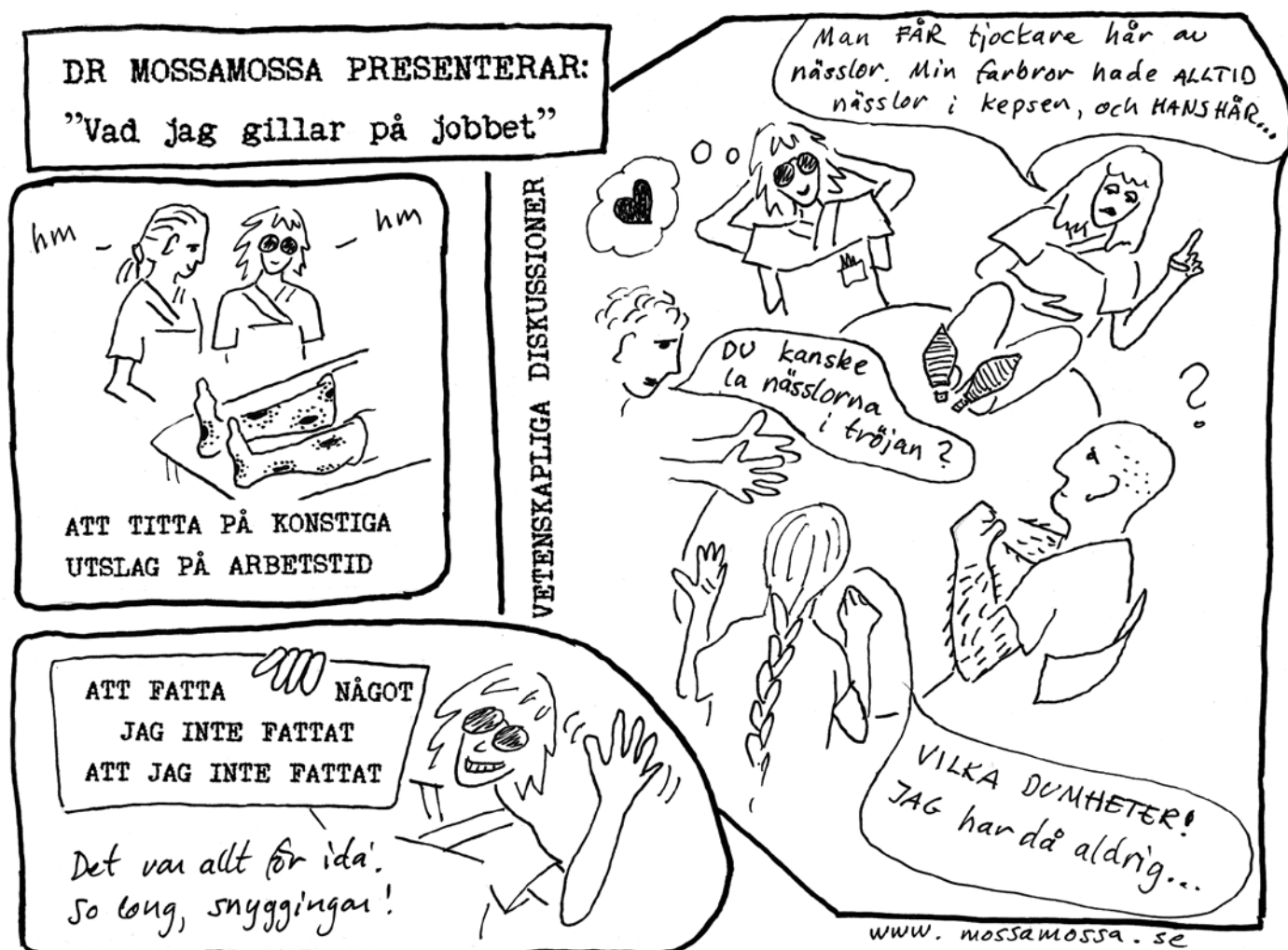
en med den här spalten. Här ska du som bläddrar igenom Bullens sidor och råkar läsa mina rader kunna reflektera och dela med dig av dina åsikter, tankar och upplevelser. Jag vill med hjälp av ditt gensvar skapa ett interaktivt diarium som andas genom allas lungor.

Vad tänker du när du är på date och märker att hans eller hennes fingrar devierar ulnart? Vad minns du om din klumpigaste stund med en spruta i handen? Skriv till mig och berätta om allt och inget! Anonymt om så önskas.

Och glöm inte att le! Det kostar inget och gör dig gott...

IOANNIS PARODIS  
ioannis.parodis@gmail.com

Serien om dr Mossamossa är ritad av Ann-Sofie Rönnegård, ST, Falu lasarett.



# ANNONS

# ST-studierektor i Reumatologi har nyckelroll för specialitetens framtid

**M**ed start 2003 och med god funktion sedan 2004 har svensk reumatologi regionala ST-studierektorer som täcker in de sex sjukvårdsregionerna. Förebild var det upplägg reumatologin hade i Västra Götaland med en regional organisation framförallt för att stärka rekryteringen till länsreumatologin och öka samhörigheten mellan ST-läkarna i regionen. Konceptet innehöll ST-undervisning en heldag per månad för

alla regionens ST-läkare. ST-studierektorn hade tid avsatt för sitt uppdrag, ingick i klinikledningen och tog ett regionalt ansvar för ST-utbildningen och ST-läkarna. Detta koncept infördes av SRF med entusiasm i övriga fem sjukvårdsregioner. Oss veterligt är det endast Barn- och ungdomspsykiatri som har ett liknande upplägg av övriga specialiteter i Sverige.

Systemet med regional ST-studierektor tycks ha bidragit till den kraftigt förbättra-

de rekryteringen av ST-läkare i reumatologi på länsjukhusen – från 12 (2003) till 32 ST-läkare (2010)! I samtliga sjukvårdsregioner har minst ett skifte skett av studierektor under de åtta år som funktionen funnits.

Vilka är dagens ST-studierektorer och hur ser de på sitt uppdrag? Hur ändrar den nya ST-utbildningen arbetet?

SRFs utbildningsansvarige – Åsa Reckner-Olsson – har intervjuat de sex studierektorerna.



**Bernhard Grewin**  
Stockholm

Bernhard Grewin, 63 år  
Studierektor för Stockholmsregionen sedan 2009  
Arbetar som överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset  
Färdig specialist i reumatologi 1980 och internmedicin 1981

**B**ernhard Grewin, som har varit studierektor för Stockholmsregionen sedan våren 2009, har en mångårig erfarenhet av handledning av såväl ST-läkare i reumatologi som i reumatologi för blivande specialister inom andra specialiteter. Under åren 2006 till 2008 arbetade han halvtid som sakkunnig på Socialstyrelsen med att ta fram föreskriften och målbeskrivningarna till den nya ST-utbildningen. Han var aldrig involverad i det medicinska innehållet utan såg till att målbeskrivningarna överensstämde med Socialstyrelsens riktlinjer. Bernhard Grewin arbetade då med samtliga specialitetsför-

eningar och inte specifikt med SRFs arbetsgrupp.

Idag arbetar Bernhard Grewin 20% som studierektor och regional studierektor med ansvar för sexton ST-läkare på Karolinska Universitetssjukhuset och en på Danderyds sjukhus. Även Gotland hör till regionen, men idag sker ingen specialistutbildning i reumatologi på Visby lasarett. För att garantera en tillräcklig återväxt av specialister behövs minst 2–3 nya ST-läkare vart år, vilket varit lätt att rekrytera. Alla blivande specialister har idag tjänster, även om samtliga inlett sitt arbete som vikarierande underläkare. ST-tjänsterna, som beslutas centralt har räckt för att ge alla fast tjänst. Bernhard Grewin vill betona att man även som vikarierande läkare får handledare direkt och individuellt utbildningsprogram senast efter sex månaders tjänstgöring på kliniken.

Bernhard Grewin anser att den största skillnaden mellan tidigare och nuvarande ST-utbildning är kraven på kompetens i medicinsk vetenskap, kommunikation, utvecklingsarbete och ledarskap. Samtliga ST-läkare erbjuds tio klinikfria veckor för att genomföra det skriftliga individuella arbetet enligt vetenskapliga principer, delmål 19. Utöver att ge grundläggande kunskap och ett vetenskapligt förhållningssätt kan detta bli en inkörsport till fortsatt forskningsarbete och kanske på sikt leda till en hel forskarutbildning med avhandling. Forskningen integreras då med det kliniska arbetet och finansieras av befintliga

forskningsanslag. Några forskar-ST-tjänster finns för närvarande inte på kliniken. Vad gäller utvecklings- och förbättringsarbetet, delmål 20, föreslår ST-läkaren själv en uppgift eller tilldelas ett lämpligt projekt. I bägge fallen beslutar sedan verksamhetschefen om arbetet. Utöver att ge god kunskap om förbättringsarbete innebär arbetsuppgiften oftast ett samarbete med andra yrkeskategorier, varför momentet också blir en tillämpning av teamarbete.

Den reviderade ST-utbildningen har enligt Bernhard Grewin också medfört tydligare kunskapskrav inom det medicinska området med enhetliga nationella kompetenskrav. Reformen innebär också en förstärkning av handledarskapet, vilket inte minst leder till bättre sidutbildningar för ST-läkarna.

Bernhard Grewin ser rollen som studierektor framförallt som en stödande funktion. Han ska se till att de formella kraven följs och att utbildningens innehåll inte tappas bort i praktisk vardag. Avstämningar sker under utbildningens gång, både med ST-läkaren personligen av handledare och verksamhetschef samt i samband med handledarkollegium var termin, som studierektorn håller i. Som studierektor arrangerar han också var termin tre halvdagar med utbildning för ST-läkarna i regionen. Han arbetar också sedan en tid med att ta fram lokala styrdokument för kliniken, utifrån målbeskrivningen och Socialstyrelsens föreskrifter som ska vara till stöd för ST-utbildningen som helhet. ☺



**Jan Cedergren**  
Linköping, Sydöstra sjukvårdsregionen

Jan Cedergren, 46 år  
Studierektor för Linköpingsregionen sedan tioåret år  
Arbetar som överläkare vid Universitetssjukhuset i Linköping  
Specialist i reumatologi och allmän invärtesmedicin sedan 1999  
Medicine doktor 2007 med avhandlingen "Radical aspects on RA".

**J**an Cedergren är den studierektor som suttit längst då han började för ungefär tio år sedan som regional ST-samordnare, ett uppdrag som successivt gled över i studierektorsfunktionen i

och med omläggningen av utbildningen. Han är också den enda av nuvarande studierektorer som ingick i SRFs arbetsgrupp som utarbetade den nya målbeskrivningen. Efter ett intensivt och givande samarbete präglat av samsyn och konsensus löstes arbetsgruppen upp och Jan Cedergren är nöjd med slutprodukten. Han ser sektionens målbeskrivning som lyckad, då arbetsgruppen tidigt förstått sitt uppdrag och dess förutsättningar. Resultatet har blivit genomförbart och verklighetsförankrat och står sig mycket väl vid jämförelse med andras.

Jan Cedergren anser att ST-läkarnas utbildning förbättrats med mer struktur och kontroll. Det var mycket viktigt att höja ribban för handledarfunktionen, särskilt för bihandledarna under sidotjänstgöringarna, vilket underlättas av de tydliga krav som nu ställs. Som studierektor får han nu förankra nya utbildningen hos kollegorna och få dem att förstå det ökade ansvar, och därmed ökade arbetsinsats, som åtagandet som handledare innebär. Större krav ställs även på ST-läkarna som får engagera sig mer i den egna ut-

bildningen, bl.a. avseende planeringen av sidotjänstgöringarna. ST-läkaren måste idag tydligare ha syftet med sin tjänstgöring klart för sig.

Något mindre positivt är den omfattande dokumentationen, men sannolikt utkristalliseras rimligare dokumentationskrav över tiden. Jan Cedergren lyfter även fram hur viktigt det är att arbeta kliniskt som läkare för att bli en god specialist. Möjligen kan man se en tendens till minskande självständighet hos nya ST-läkare. Det är viktigt att även tillgodose deras behov av klinisk erfarenhet.

Regionen omfattar i dagsläget tre ST-läkare vid Universitetssjukhuset i Linköping och en i Västervik. För närvarande finns ingen ST-läkare i Jönköping och Kalmar samarbetar med Skåne-regionen. Utöver arbetet som studierektor fungerar Jan Cedergren även som ST-handledare sedan flera år. Till hösten väntar första SPUR-inspektion sedan omläggningen av utbildningen och Jan Cedergren ser fram emot att kunna presentera en enhet där han mycket aktivt arbetat för att omstrukturerat och förbättra kliniken ST-handledning.



**Ewa Berglin**  
Umeå, Norrlands sjukvårdsregion

Ewa Berglin, 55 år  
Studierektor sedan hösten 2009  
Arbetar som överläkare vid Norrlands Univsjh  
Specialist i reumatologi och allmän invärtesmedicin sedan 2000  
Medicine doktor 2006.

**N**orrlandsregionen har sedan lång tid använt begreppet studierektor för den person som har samordnande funktion för blivande specialister i reumatologi. Ewa Berglin har varit studierektor sedan hösten 2009. Det är en geografiskt mycket vidsträckt region Ewa har att överblicka. Regionens olika sjukhus uppvisar också sinsemellan stora olikheter med mycket varierande arbetsvillkor för underläkarna. Mindre orter har stora pro-

blem med rekrytering av läkare och är till följd av detta till stor del beroende av hyrdoktorer, medan till exempel sjukhusen i Umeå och Sunderbyn har mycket goda förutsättningar för nyrekrytering.

Totalt finns ett tiotal ST-läkare i regionen. Östersund och Sundsvall har vardera en blivande reumatolog anställd, emedan återstoden är jämnt fördelade mellan Norrlands Universitetssjukhus i Umeå och Sunderbyns sjukhus. De stora avstånd det rör sig om mellan sjukhusen försvårar deltagandet i gemensamma utbildningsaktiviteter, men Ewa Berglin upplever att uppslutningen trots detta är god. Intresset att delta är stort men träffarna måste i allmänhet planeras som lunch till lunch sammankomster med behov av övernattning, vilket kan ge svårigheter att få ledigt från hemkliniken. Ewa hoppas i framtiden kunna utöka utbildningsaktiviteterna för ST-läkarna både i form av kurser och ST-dagar och hon funderar också på att utvidga det vetenskapliga programmet med till exempel någon form av journal club med träffar efter individuella förberedelser. Ewa Berglin utser handledare åt samtliga ST-läkare och handleder själv en blivande reumatolog. Vidare har hon också ansvar för de kollegor som gör sidotjänstgöring på reumatologkliniken i Umeå.

Då Ewa Berglin tillträdde under 2009 har hon följaktligen inte varit involverad i processen med att ta fram den nya målbeskrivningen. Hon ser vid jämförelse stora skillnader mellan den dåvarande och nuvarande ST-utbildningen, huvudsakligen i form av förändringar till det bättre. När hon drar sin till minnes sin egen utbildning, har hon svårt att minnas någon placering som inte från början, kanske rent av från första dagen, innebar jourtjänstgöring med fullt ansvar. Även om kollegor fanns att rådfråga är skillnaden oerhört stor mellan villkoren då och nu, med dagens väl definierade handledarfunktion. Just de nya kraven på handledning ser hon som största fördel med den nya ST-utbildningen. Utbildningen har också fått tydligare innehåll, med klarare riktlinjer och mer strukturerad tjänstgöring. Äldre kollegor på sjukhuset kan ibland ge uttryck för uppfattningen att de yngre kollegorna skäms bort och klemas med. Ewa Berglin kan förvisso se både gott och ont med att skjuta fram tidpunkten då arbetet sker under eget ansvar, men anser att det definitivt är bättre att slussas ut i verksamheten med gradvis ökat ansvar enligt den nya ordningen. Förövrigt ser hon egentligen bara den omfattande dokumentationen som något som skulle kunna omarbetas i framtiden.



**Thomas Mandl**  
Malmö, Södra sjukvårdsregionen

Thomas Mandl, 38 år  
Studierektor sedan hösten 2010  
Arbetar som specialistläkare vid Skånes  
Universitetssjukhus  
Specialist i reumatologi sedan 2007 och i  
invärtesmedicin sedan 2009  
Medicine doktor 2008

**T**homas Mandl har snart varit verksam i ett år som studierektor för Skåneregionen. Han har gedigen erfarenhet av utbildning med tidigare engagemang både i kandidatundervisning och vidareutbildning av AT- och ST-läkare, bland annat som ansvarig för de ST-dagar som fyra gånger per termin går av stapeln i Lund. Uppdraget som studierektor tar tjugofem procent av hans arbetstid och han ansvarar för ett tjugotal ST-läkare, av vilka de flesta tjänstgör i Lund eller Malmö.

En fjärdedel finns i övriga regionen, som utöver Skåne inkluderar Blekinge, Kronoberg, Södra Kalmar län och Halland. Idag finns ingen ST-läkare i Blekinge, men däremot en kollega i Kalmar som snart är färdig specialist.

Skånes Universitetssjukhus brottas med en dålig ekonomi och under 2010 utlystes inte någon ST-tjänst vid sjukhuset. Detta har gett en oacceptabel situation där var tredje blivande specialist vid universitetssjukhuset vikarierar utan ST-tjänst. Situationen ser emellertid bättre ut för reumatologin än för många andra specialiteter, då endast ett fåtal i Lund och Malmö saknar ST-tjänst idag. I övriga regionen har samtliga blivande reumatologer tjänster. Thomas Mandl betonar att även de som saknar ST-tjänst får handledning och individuell utbildningsplan. Det råder i dagsläget inga större svårigheter med att rekrytera nya medarbetare och en ST-tjänst i reumatologi kommer att utlysas i år vid universitetssjukhuset.

Specialistutbildningen i Lund respektive Malmö har innan den nyliga sammanslagningen till en universitetsklinik skilt sig åt på flera sätt. En skillnad är att man i Malmö, där reumatologin tidigare inkluderats i medicinkliniken, av tradition utbildats till dubbelspecialist, emedan de flesta i Lund blivit enkelspecialister i reumatologi. Från och med nu ersätts kravet på kompetens i invärtesme-

dicin i Malmö av en möjlighet till dubbel-specialisering.

Det faktum att ST-utbildningen har styrts upp och formaliserats ser Thomas Mandl som mycket positivt. Särskilt viktig är förändringen rörande handledningen. En konkret ökning av antalet handledarträffar har skett vilket ger en kvalitetsökning av utbildningen. Särskilt stor skillnad ses för sidoutbildningarna, där handledningen tidigare löpte stor risk att behandlas styvmoderligt.

På minussidan ser Thomas Mandl ett visst överarbetande av dokumentation. Det vore bättre med ett system där handledaren ges förtroendet att bocka av genomförda moment, istället för att kräva ett dokument per punkt. Man behöver också tydliggöra vad kvalitets- och utvecklingsarbetet ska innebära. Risken är att ST-läkaren åläggs att göra sådant kliniken har krav på sig att utföra, oavsett om det gagnar utbildningen eller ej. Tydligare målsättning skulle minska risken för godtycke.

Thomas Mandl har tagit fram ett regionalt dokument som stöd för utarbetandet av de individuella utbildningsplanerna, men skulle önska att SRF tydligare rekommenderade vilka sidoutbildningar som bör inkluderas. Såväl den tidsmässiga omfattning av placeringarna som vad dessa bör innehålla kunskapsmässigt borde tydliggöras.



**Stina Blomberg**  
Uppsala, Svealands sjukvårdsregion

Stina Blomberg  
Studierektor sedan våren 2010  
Arbetar som avdelningsläkare vid Uppsala  
Akademiska Sjukhus  
Specialist i reumatologi sedan 2007  
Medicine doktor 2003

**S**tina Blomberg har som studierektor ansvar för en vidsträckt region som utöver Uppsala inkluderar Västmanland, Närke, Värmland, Dalar-

na, Hälsingland, Gästrikland och delar av Sörmland. En läkare har precis avslutat sin ST-tjänstgöring i Västerås och en i Örebro. I dagsläget finns sammanlagt arton stycken ST-läkare i regionen, av vilka en i Uppsala har forskar-ST. Fyra av ST-läkarna är placerade på Uppsala Akademiska Sjukhus och övriga fjorton är fördelade på sjukhusen i Gävle, Falun, Karlstad, Örebro och Eskilstuna. Den övervägande majoriteten av ST-läkarna har ST-tjänster och såväl enkelspecialisering som dubbelspecialisering i reumatologi och allmän invärtes medicin förekommer. Antalet ST-läkare i regionen som helhet har ökat bara under det senaste året vilket kan tyda på ett bättre rekryteringsklimat generellt. Rekryteringsläget i Uppsala är bra med många sökande till de senast utlysta ST-blocken. Det faktum att reumatologen är representerad vid AT-läkarnas introduktion kan bidra. Man har föreläsningar för AT-läkarna i akut reumatologi och dessa kan också välja att tjänstgöra på reumatologen.

I Stinas kontrakt som studierektor står angivet en tidsåtgång på fyra timmar per vecka för uppdraget. Detta är för lite i förhållande det ökade antalet ST-läkare i regionen med hänsyn tagen till SRFs rekommendationer för regionala ST-studierektorer. Hon handleder i dagsläget själv en ST-läkare i reumatologi och fungerar ibland också själv som bihandledare. I Uppsala arrangerar Stina träffar för ST-läkarna två gånger per termin, träffar där de i Uppsala placerade ST-läkarna deltar tillsammans med kollegor som gör sin sidotjänstgöring på kliniken och de som aukulerar. Varje höst ordnas en regional träff i Uppsala i form av ett lunch till lunchmöte, där inte bara kunskapsinnehållet betonas utan även betydelsen av gemenskap och samkväm. Stina Blombergs målsättning är uppfattar att detta tillsammans med de kurser ST-läkarna träffas på kan bidra till att skapa en väl sammanhållen region.

Nya ST-utbildningen anser Stina vara bättre än den gamla. Det är positivt att

tyngden lagts på kompetens och måluppfyllelse och att tidigare blockstruktur med fixa tidsramar försvunnit. Ansvar för att följa upp ST-läkarnas framsteg med hjälp av nya målbeskrivningen och SRFs checklista stimulerar till bättre handledning och en klart bättre kvalitet på utbildningen. Konsekvensen av införandet av det vetenskapliga arbetet respektive utvecklings- och förbättringsarbetet är svårare att överblicka i nuläget. Flera ST-läkare har påbör-

jat det vetenskapliga arbetet som en del i pågående forskningsverksamhet och här finns potential för regionala vetenskapliga forskningsprojekt.

En nackdel med den nya ST-utbildningen är den omfattande dokumentationen, men Stina är övertygad om att man kommer att vänja sig vid det nya arbetssättet och att man kommer att skaffa fungerande rutiner med tiden. Trots allt är det positivt att handledare och bihandledare inty-

gar uppnådd kompetens och bidrar aktivt vid regelbundna ST-kollegium, då detta ger tyngd åt ST-läkarnas krav på handledning och poängterar att de kliniska tjänstgöringarna ska ha ett utbildningsvärde. Väl utbildade ST-läkare som fått god handledning garanterar på sikt en ny generation av handledare för vilka ett gott omhändertagande av yngre kollegor är självklart.



**Eva Klingberg**  
Göteborg, Västra sjukvårdsregionen

Eva Klingberg, 45 år  
Studierektor sedan 2009  
Arbetar som överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Specialist i reumatologi och allmän invärtesmedicin sedan 2003  
Doktorand med fokus på ankyloserande spondylit med disputation preliminärt planerad till 2013.

**E**va Klingberg tillträdde som studierektor 2009 när målbeskrivningen var genomdriven. Hon tjänstgör som studierektor på 25% och utöver detta är hon handledare till en ST-läkare och ansvarig som bihandledare till de kollegor som gör sin sidotjänstgöring i reumatologi. Som studierektor sitter hon också i klinikledningsgruppen, vilket tillsammans med kliniskt arbete, jourtjänstgöring och forskningsstudier garanterar att hon är allt annat än sysslolös.

Det Eva Klingberg ser som en av de största förändringarna med den nya ST-utbildningen är tillkomsten av det vetenskapliga arbetet samt utvecklings- och förbättringsarbetet. För de många läkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som har forskar-ST innebär det förstnämnda inget problem, vilket det däremot kan vara för dem som hamnat i skarven mellan gamla och nya ST-utbildningen och som riskerar att få tidsbrist i slutfasen av sin utbildning. Den osäkerhet avseende innebörden av forskningskravet som föreligger nu direkt efter införandet lär också försvinna med en ökad erfarenhet över tiden.

Den allra största förbättringen som nya ST-utbildningen medfört är det ökade inslaget av utbildning och handledning. Eva Klingberg ser hur detta också leder till ett mjukare och personligare förhållningssätt hos de yngre läkarna. Den gamla mentaliteten av att man ska klara sig själv och lära sig av sina egna misstag är på väg bort. Eva ser också positivt på att utbildningen fokuserar på sjukvårdens uppbyggnad och organisation och därmed lyfter fram det sammanhang inom vilket man verkar som läkare.

Eva Klingberg kan emellertid också se att det nya systemet medför mindre arbete med eget ansvar och därmed mindre självständighet. Det finns en risk att vidareutbildningen får karaktären av fortsatt skolgång då den kliniska erfarenheten minskar till följd av ett ökat inslag av ut-

bildningstid och kurser. Underläkarna blir mindre produktiva och tidpunkten för eget beslutsfattande uppskjuts.

Samtliga blivande reumatologer i regionen har idag ST-tjänster. Rekryteringsläget i Göteborg är gott och snart får Sahlgrenska Universitetssjukhuset sin trettonde ST-läkare. I övriga regionen, där det idag finns ytterligare åtta blivande reumatologer, är det något svårare att rekrytera vilket kompenseras av att regionen finansierar sex ST-tjänster i reumatologi för arbete på länssjukhusen i Uddevalla, Skövde respektive Borås. I och med att ekonomin för dessa tjänster inte belastar de olika klinikerna får de blivande reumatologerna en större frihet att välja att bli specialister i enbart reumatologi.

Eva Klingberg upplever att hon ansvarar för en väl sammanhållen region där man tänker långsiktigt med aktiv rekrytering, till exempel genom att presentera reumatologin för AT-läkare på deras utbildningsdagar. Närvaron på ST-läkarnas utbildningsdagar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är mycket god, vilket både bidrar till och är ett tecken på gemenskaps-känslan bland de blivande specialisterna.

**ÅSA RECKNER OLSSON**  
Utbildningsansvarig SRFs styrelse

## Register- och Riktlinjedagarna 26–27 jan 2012

Kontaktpersoner: Inga.Lodin@karolinska.se, Staffan.Lindblad@ki.se



# SRFs Höstkonferens 2011

**Nyckelfrågor inom svensk reumatologi: Resurstilldelning, Utbildning, Bemanning, Kompetens, Modern reumarehab.**

**Målgrupp:** Nuvarande och framtida chefer, verksamhetsförbättrare, studierektorer, ST-läkare, reumatologspecialister, utbildningsansvariga och forskare.

Inbjudan mailas också till reumatologins verksamhetschefer/enhetsföreträdare, professorer och regionala ST-studierektorer men alla intresserade medlemmar i SRF är givetvis välkomna. Platsantalet är begränsat till 60 personer.

**Tidpunkt:** Start: torsdag 13 oktober kl 10.00. Avslut: fredag 14 oktober kl 14.00

**Plats:** IVAs konferenscenter, Grev Turegatan 16, Östermalm, Stockholm

Här är ett preliminärt program:

## Torsdag 13 oktober

**10.00-10.15** **Introduktion**

**10.15-11.00** **Implementering av SOS riktlinjer** – Hur argumenterar/lobbar vi för att erhålla såväl rimliga läkemedelsbudgetar som ökade personella resurser med tillräcklig kompetens?

**11.00-12.00** **Taskshifting, specialsjuksköterska** – Vem ska göra vad?

Vilken utbildning och kompetens ska en specialsjuksköterska i reumatologi ha?

**12.00-13.00** **Lunch**

**13.00-15.00** **Vad är modern reumarehab?** – Vad ska den innehålla och hur skapar vi resurser?

**15.00-15.20** **Kaffe**

**15.20-17.00** **Vilka frågor ska SRF driva? Hur ser SRF på vårdval, regioncentra, andra strategiska frågor?**

## Fredag 14 oktober

**9.00-10.00** **Bemanning/Rekrytering** – Hur ser läget ut? Probleminventering? Goda exempel. Hur arbetar vi vidare?

**10.00-10.20** **Kaffe**

**10.20-12.00** **Utbildning; Grundutbildning, ST-utbildning, Fortbildning** – Reumatologins plats inom grundutbildningen. Hur integrerar vi forskningen i ST utbildningen? Hur ska fortbildningen organiseras? Hur ska den finansieras?

**12.00-13.00** **Lunch**

**13.00-14.00** **Återkoppling kring implementering av SOS riktlinjer**

– Redovisning gruppuppgifter och slutdiskussion

Resa och hotell bekostas av deltagaren/deltagarens arbetsgivare.

Konferensen är osponsrad och bekostas av SRF.

Torsdag 13 okt planeras gemensam middag på restaurang (deltagaren betalar).

**Definitiv anmälan görs till [joan.bratt@karolinska.se](mailto:joan.bratt@karolinska.se)**

Anmälan senast 1 okt 2010 men anmäl er gärna tidigare (först till kvarn...).

Bekräftelse sker av anmälan.

# ANNONS



# SRFs symposium om nya riktlinjerna i Almedalen

**Almedalsveckan i Visby har blivit en institution. År 2011 slog man rekord med 14 000 besökare.**

**En av de totalt 767 arrangörerna i somras var SRF – som tillsammans med Reumatikerförbundet anordnade ett symposium där en panel diskuterade hur Socialstyrelsens nya riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar kommer att implementeras i Sverige. Hur ska man säkerställa en god och jämlik vård för alla reumatiskt sjuka i Sverige?**

**E**va Nilsson Bågenholm, Nationell äldresamordnare, var moderator för seminariet och efter att ha hälsat välkommen lämnade hon över ordet till SRFs ordförande Johan Bratt.

– Det är första gången som vi SRF är med här i Almedalen, och vi är väldigt glada över att få vara här tillsammans med patientföreningen, inledde Johan.

Salen i Visby Kårhus var fullsatt till sista stol, och flera personer fick nöja sig med ståplats.

## Läkare och läkemedel

Johan fortsatte med att presentera fakta som relaterar till de kommande riktlinjerna från Socialstyrelsen. I dessa framgår det tydligt att TNF-hämmare rekommenderas med hög prioritet vid fastställda indikationer för behandling av patienter med reumatiska sjukdomar. Ökningen av läkemedelskostnaderna pga. behandling enligt de nya rekommendationerna skattas till 800 miljoner kronor per år.

Trots denna kostnadsökning, bedömer Socialstyrelsen att vinsterna för patienterna och samhället överväger.

– Men läkemedelskostnader är *en sak* – det finns ett behov av specialister i reumatologi också. Idag är vi totalt 241, men vi har uppskattat behovet från och med 2012 och framåt till 580 specialister, konstaterade Johan.

Han presenterade en beräkning som visade på att kostnaderna för att uppfylla SoS riktlinjer på personalsidan landar på en ökning på 170–300 miljoner kronor för reumatologspecialister, samt ytterligare 45 miljoner kronor för specialistsjukvård.

Totalt innebär alltså de nya riktlinjerna en kostnadsökning på en miljard kronor per år.

Därmed hade han givit en bra bild av problematiken som den ser ut i dagsläget.

– Är det då *möjligt* att utbilda så många specialister så att det räcker till, frågade Eva.

– Intresse finns bland läkarstuderande, men det finns stora budgetproblem. Det är även problem med rekryteringen utanför universitetssjukhusen, svarade Johan.

## Patientens rätt till kunskap

Lars Klareskog, professor i reumatologi, gav därefter en kort historik om utveck-



Olivia Wigzell, Anne Carlsson, Mats Eriksson, Lars Klareskog, Eva Nilsson Bågenholm och Johan Bratt.

lingen av läkemedel för reumatiska sjukdomar.

– Under 1900-talet kom det ett nytt läkemedel ungefär vartannat decennium. Under 2000-talet kom det *nio* nya effektiva läkemedel under det *första* decenniet, sa Lars.

– Alla dessa är biologiska läkemedel mot inflammationssjukdom. De ger enorma möjligheter, men skapar också en stor komplexitet.

Han visade att behandling med dessa läkemedel bryter utvecklingen mot sjukskrivning och stoppar leddskadan.

– Men data visar också att vi kommer in med dessa läkemedel för *sent*. Att göra det är inte den effektivaste behandlingen.

Lars konstaterade också att data visar att patienter med lägre utbildning får mindre behandling. Det finns också stora ojämlikheter regionalt.

– Att vi har dessa data beror på att vi har Svensk Reumatologis kvalitetsregister – idag inkluderar det 87% av alla patienter med RA som står på TNF-hämmare.

– Patientens rätt till kunskap växer fram i registret, slog han fast.

### Problem med portmonnäer

Eva frågade Lars vad dessa regionala skillnader beror på.

– Det beror på bristen på specialister, samt att man har olika budgetar med olika begränsningar. Man måste göra något åt detta, även om vi faktiskt kan se att skillnaderna minskar något jämfört med för fem år sedan, svarade han.

Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet, beskrev sedan dagsläget.

– Reumatiker *vill* arbeta, men då behöver vi också ha tillgång till reumatologer, vilket är ett bekymmer för oss idag, konstaterade hon.

Anne beskrev det hon kallade ”problemet med portmonnäer”.

– Om våra medlemmar kommer tillbaka i arbete, så genererar det i sin tur skatteintäkter – men det är till en *annan* portmonnä än den som ska betala för specialister och mediciner.

Hon talade även om vikten av samarbete mellan reumatolog och patient.

– Inte minst är det viktigt för att förklara för patienten varför den eventuellt *inte* ska ha TNF-hämmare just nu, påpekade hon.

### Tror på höjd lägstanivå

Mats Eriksson är regionråd och dessutom ordförande för sjukvårdsdelegationen SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). Han trodde inte att de ökande kostnaderna

på 800 miljoner kronor var ett oöverstigligt hinder.

– Det är inte en så stor del av sjukvårdsbudgeten totalt. Egentligen är det ganska enkelt – det finns så stora vinster att göra. Men som ordförande har jag inga *maktmedel* – mycket av mitt arbete går ut på att få alla att gå i takt. Dock ser jag att kunskap och kompetens drar åt rätt håll, sa Mats.

Han trodde att de nationella riktlinjerna kommer att höja lägstanivån.

– Vi har Hälso- och Sjukvårdslagen – men den gäller tydligen inte i alla landsting (!). Jag tycker inte att de skillnader som finns idag är godtagbara, fortsatte Mats.

Däremot trodde han inte att det är möjligt få tillräckligt med reumatologer överallt.

– Men kanske patienten – vid behov av att konsultera en specialist – också kan tänka sig att göra den resan som då är nödvändig, sa han.

### Målnivåer kan komma

Olivia Wigzell är departementsråd på Socialdepartementet, och hon kontrade med att lagen *gäller*.

– Att det är så stora regionala skillnader är en av orsakerna till att riktlinjerna tas fram! Staten sätter också tryck genom att följa upp dem – det ska ske 2012–2013.

---

## »Fysisk träning har visat sig mycket bättre än vad som tidigare varit känt. Dessutom är det så att rökning *halverar* effekten av biologiska läkemedel – men det har vi visat först nu.«

---

Öppna jämförelser är ett viktigt inslag i det arbetet, sa hon.

Olivia betonade även att *patientens* kunskap och kapacitet också måste utnyttjas för att skapa ett tryck för en mer jämlik vård.

– Staten utreder dessutom möjligheten att sätta prispress på biologiska läkemedel, avslöjade hon.

– Hur stora skillnader mellan olika landsting kan staten acceptera? frågade Eva.

– Lagen säger ingenting om det – och det går inte att lösa problemet med att lagstifta om en ”lågstanivå”. Dock är skillnaden, som den ser ut idag, för stor. Därför kan det komma *målnivåer*, svarade Olivia.

### Kunskap ger makt

– Det jag hört låter bra, men ni har glömt en viktig fråga: Tidig diagnostik! Det tar idag sex år för en man och sju år för en kvinna att få en diagnos på en ond rygg, påpekade Anne.

Därför älskar Reumatikerförbundets medlemmar Kvalitetsregistret, fortsatte hon.

– Våra medlemmar *vill* vara med – de 13% som inte är med är det *synd* om. Vi ser registret som en viktig del i det goda vårdmötet, och vi sprider tankarna även till andra patientorganisationer.

– Det finns en diskussion kring registret som går ut på att kunskap ger makt – makt åt patienterna. Så ska man se på dess uppbyggnad, fyllde Lars i.

– Tar det då makt *från* någon, undrade Eva.

– Läkarförbundet har haft några synpunkter. Läkaren kan komma att tappa viss makt till patienterna, svarade Lars.

### Andra yrkesgrupper kan användas

Efter denna inledande diskussion i panelen, var det dags för publiken att komma med sina frågor och inlägg. En sådan var om det är möjligt att göra något åt kostnadsutvecklingen på biologiska läkemedel.

– Vi hoppas att vi ska kunna *sätta ut* dem efter en tid, även att kunna minska doser etc, svarade Lars.

Men för att göra det, behövs det mer kunskap än vad som finns tillgänglig idag.

– Satsa därför på klinisk forskning, var hans uppmaning.

Eva påpekade att det kommer att ta tid att få fram tillräckligt med reumatologer.

– Därför undrar jag om man kan använda även *andra* yrkesgrupper – som till exempel sjuksköterskor, frågade hon.

Lars svarade att det mycket väl går att utbilda andra yrkesgrupper.

– Det finns en lång rad av sätt att lösa det på – bara man *bestämmer sig!* Dock vill jag slå fast att primärvården inte kan ta över utredning och insättning av dessa läkemedel. Men vi vill gärna samarbeta med dem för att kunna nå en tidig diagnostik.

### Kunskap patienten har rätt att få

Mats höll med om att det är viktigt att säkerställa personalförsörjningen i framtiden.

– Det är en fråga som vi kanske inte har skött som vi borde. Vi förtroendevalda måste ta tag i det. Men jag tycker dock *inte* att staten ska ta över – det är *vi* som ska bli bättre!

En person ur publiken frågade honom hur han såg på det faktum att en länsreumatolog kan göra upp till 50% av sin arbetstid på medicinjouren.

– Den frågan får nog lösas lite längre ut i organisationen, svarade Mats.

– Vi inflammatoriskt sjuka åker *aldrig* till akuten med våra sjukdomar! Det kan gå helt fel där, sa Anne.

En sjukgymnast i publiken påpekade att de kan hjälpa till med tidig diagnostik.

– Fysisk träning har visat sig mycket bättre än vad som tidigare varit känt. Dessutom är det så att rökning *halverar* effekten av biologiska läkemedel – men det har vi visat först nu, sa Lars och tillade:

– Det är typiska exempel på kunskap som vi måste ha – och som patienten har *rätt att få!*

### Ojämlik fördelning måste styras upp

Eva lät följande fråga gå runt till var och en i panelen att svara på:

– Kommer riktlinjerna att bidra till en mer jämlik vård?

– Jag tror det – tidigare har det visat sig så. Cancerområdet är ett exempel på det, svarade Olivia.

– Statlig styrning och nationella riktlinjer har vi inget emot, men vi måste ha hävstången som består av kunskap och informerade patienter, sa Mats.

– Eftersom verkligheten ser ut som Lars visade inledningsvis – att fördelningen är mycket ojämlik idag – så *måste* det styras upp. Nationella riktlinjer är ett bra sätt att göra det, sa Anne.

### Mycket kommer att vara förändrat om tio år

Som slutkommentar undrade då Eva hur *lång tid* det kommer att ta innan vi är vid målet – en jämlik vård.

– Vi kommer aldrig att få en *helt* jämlik vård. Det är nog många år kvar tills vi har kommit så långt som det är möjligt, trodde Anne.

Olivia var mer optimistisk.

– Kvalitetssiffror visar att vi går åt rätt håll – och den processen kommer att fortsätta, ansåg hon.

– I mål går vi aldrig. Men själva *spannet* kommer att minska, spådde Mats.

– Vi ser vad som har hänt under de senaste tio åren – om ytterligare tio år kommer det att vara lika mycket som är förändrat. Vi kommer kanske så småningom att kunna *bota* sjukdomen, summerade Lars.

Det fick bli slutorden för detta öppenhjärtiga och dynamiska symposium i Almedalen 2011.

PER LUNDBLAD

### Fotnot:

Om man vill se och höra debatten i sin helhet, kan man göra det på Internet. Adressen är <http://www.saco.se/templates/Film.aspx?id=13072&epslanguage=SV> (Om man skriver orden "saco guld till reumatiskt sjuka film" i Google, genereras sidan som första träff. Det kanske är enklare att knappa in.)



# Spenshult sjukhus, Oskarström

**Vår serie om den reumatologiska enheter i Sverige fortsätter nu med en presentation av Spenshults sjukhus av chefläkare Torvald Berg.**

## Bakgrund

Spenshult sjukhus uppfördes 1913 och kom under 40 år att fungera som sanatorium. Det ligger vackert beläget vid Nissans glittrande blå vatten omgivet av lummiga bokskogar. Effektiv behandling mot tuberkulos under 40-talet gjorde att sjukhusets inriktning ändrades och 1953 invigdes Spenshults Reumatikersjukhus. Ägare var då Riksföreningen mot reumatism (senare Reumatikerförbundet). Sjukhuset har sedan 2006 tagits över av det danska företaget Transmedica. Målsättningen är att vara ett "Center of excellence" för rörelseapparaters sjukdomar med högspecialiserad ortopedi, modern reumabehandling och en livaktig FOU-enhet.

Vårt upptagningsområde utgörs av kärnområdet Halland (ca 300 000 invånare) men ett flertal öppenvårdspatienter

kommer även från Västra Götaland, Småland och Skåne. Moderkliniken ligger på Spenshult, drygt två mil från Halmstad, men vi har även en satellitmottagning i Kungbacka bemannad med 1,25 läkare och startar från och med september en reumamottagning i Helsingborg efter att vi fått ett avtal med landstinget Skåne.

## Personal

Vi är på de medicinska reumamottagningarna tio sköterskor varav två på vår medicinska behandlingsenhet som servar med infusioner av främst biologiska preparat. Vi har en ST-läkare som för närvarande randar sig på medicin i Halmstad samt tio specialistläkare i reumatologi (7,3 tjänster), varav en går i pension vid årsskiftet.

## Arbetsätt

Vår patientstock består av drygt 3 000 personer. 2010 gjordes på reumamottagningarna ca 9 500 patientbesök varav 7 000 till läkare. Av dessa var 19% utomlänsbesök och ca 30% av besöken skedde i Kungs-

backa. Medicinska behandlingsenheten hade 1100 besök och sköterskemottagningen omkring 600. Vårdgarantin klarades och medelväntetiden för nya patienter var sex veckor, semestertid undantaget. Vi har inte heller försämrat tillgängligheten för patienter som väntat på återbesök.

I år har vi satt ett nytt mål för våra RA-patienter där vi strävar efter att 80% av våra nydebuterade, dvs. med sjukdomsduration under ett år, skall vara i remission ( $DAS < 2,6$ ). Här avses persisterande remission vid ett år samt en gång mellan ett och två år. Detta tror vi kan uppnås genom tight-control, dvs. klinisk kontroll en gång/månad. Projektet startade i början av april i år.

Reumatologin genomgår som vi alla vet en snabb utveckling som ju medför en anpassning av vården till aktuella behov. Moderna mediciner, tidigt omhändertagande och effektiv reumakirurgi är faktorer som bidragit till ett minskat behov av slutenvård. Detta är en pågående process som för vår del lett till minskning av slutenvård.

vårdspplatser och paramedicin till förmån för dagrehab och öppenvårdsverksamhet.

Slutenvården bedrivs i moderniserade lokaler där vi kan erbjuda ett antal enkelrum. Totalt disponerar medicinsk reuma idag ca 30 vårdplatser. Av 12 054 vårddygn 2010 användes 2 460 vårddygn av landstinget Halland, övriga dygn främst av Västra Götaland men i våra sängar fanns även långväga resenärer framför allt från Stockholm.

Då rehabilitering ligger oss varmt om hjärtat är vi engagerade i STAR-ETIC, ett internationellt samarbetsprojekt för att jämföra och utvärdera rehabilitering.

För att mäta effekt av rehabilitering använde vi tidigare SF-36 men från och med januari i år har vi istället infört registrering av Eq5d på alla inläggande patienter vid in- och utskrivning. De första resultaten är positiva och visar på en genomsnittlig förbättring med 0,2. Detta innebär att man vinner 1 QUALY (kvalitetsjusterat levnadsår) på fem behandlade patienter.

Reumarehabiliteringen krymper fortfarande i Sverige och det blir därför allt svårare att som ST-läkare få möjlighet att studera hur reumateamen arbetar. Vi har under det gångna året haft flera ST-läkare från Stockholm som följt arbetet på Spenshult och tagit del av våra erfarenheter och arbetssätt.

För att kunna bedriva vård av reumatiker avseende alla problem som kan uppkomma öppnades våren 2007 operationsavdelningen på Spenshult för kirurgi på patienter med inflammatorisk ledsjukdom. Behovet av reumakirurgi minskar och den reumakirurgiska specialkunskapen är inte längre lika spridd. Till enheten värvas därför personer med lång erfarenhet av reumakirurgi. Nämnas bör professor (handkirurg) Christer Sollerman, och professor (ortoped) Urban Rydholm. Här opereras nu all förekommande ortopedi med ledproteser, artrodeser, avancerad fotkirurgi samt handkirurgi. För de reumatiker



Spenshultsläkarna framför mottagningen.

Från vänster Olle Nillius, Leena Niemelä, Per-Erik Rönnborg, Annika Teleman, Gazmend Abdiu, Maria Söderlin, Torvald Berg och Elpida Mina.

som behöver förlängd rehabilitering så kan det ordnas i direkt anslutning till operationen eller vid lämpligt tillfälle senare. Enhetens goda rykte gör nu att patienter med reumatiska sjukdomar med behov av kirurgi remitteras hit från stora delar av landet. Patienterna uppskattar den samlade kompetensen i alla personalkategorier som finns här och vi vill erbjuda alla reumatiker bästa tänkbara behandling.

#### FoU

Spenshult har sedan 1999 en forskningsenhet, FoU-centrum Spenshult, som numera bedrivs som en juridiskt fristående

stiftelse. Forskningen bedrivs i nära samverkan med den kliniska verksamheten och FoU-centrum skapar en lokal möjlighet för medarbetare vid sjukhuset för både mindre projekt och kompletta doktorandstudier. Vid sjukhuset finns idag sju disputerade medarbetare och fyra doktorander. Forskningsresultat presenteras vid nationella och internationella konferenser samt publiceras i internationella vetenskapliga tidskrifter.

**TORVALD BERG**  
Chefläkare

## Världens vackraste ord: i morgon.

Tack vare framgångsrik forskning överlever i dag mer än hälften av alla människor i Sverige som drabbas av cancer. Med mer forskning kan vi rädda ännu fler i framtiden. Ge en gåva enkelt på [cancerfonden.se](http://cancerfonden.se)

*Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?*

020-59 59 59 | Plusgiro 90 1986-0

  
**Cancerfonden**

# Ulla Nordenskiöld

## – reumapionjär inom arbetsterapin

**Efter att ha varit verksam i yrket under 40 år, gick arbetsterapeut och med.dr. Ulla Nordenskiöld i pension år 2000. Men Ulla – som är hedersmedlem i SRF – är fortfarande aktiv. Idag arbetar hon med två projekt inom EULAR, och hon är även delaktig i ett svenskt projekt om handartros i primärvården samt ett med fortsatt utveckling av handkraftmätaren Grippit i kombination med EX-it. Under hela sin yrkeskarriär har Ulla ägnat sig åt patientupplevda svårigheter och behov och att finna bra behandlingsåtgärder och säkra utvärderingsinstrument.**

**D**et var erfarenheter Ulla gjorde när hon under en sommar på 50-talet praktiserade på psykiatriska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset som fick henne att vilja bli arbetsterapeut.

– Där upplevde jag arbetsterapiens möjligheter i verkligheten – och det gjorde stort intryck på mig, förklarar hon.

År 1960 var hon färdig med sin basutbildning.

### Projekt med RA-patienter

De första åren arbetade sedan Ulla på flera olika arbetsterapiavdelningar. 1962 kom hon som vikarie till neurologisk rehabilitering på Sahlgrenska.

– Jag tyckte det var enastående intressant där! Vi arbetade med patienter med polio, ryggmärgsskador, MS och Parkinson, minns hon.

Chef var professor Tore Broman med fru Anne-Marie som rehabiliteringsläkare – De var mycket inspirerande, och det handlade hela tiden om teamarbete med patienten i centrum – vilket inte var så vanligt på den tiden, fortsätter Ulla.

Några år senare sökte hon en tjänst på medicinska rehabiliteringskliniken på sjukhuset. Läkarna Erik Wassén och Einar Helander startade ett forskningsprojekt med RA-patienter där Ulla skulle ingå.

– Jag hade vag kunskap om reumatologi, och vilken behandling dessa patienter behövde. Så jag fick läsa in mycket på egen hand och fann en artikel av Hans Graudal om ”Beskyttelse av led” som gav mig många

nya tankar. En sjukgymnast som just gått sin utbildning i Lund, hjälpte mig med nytt material

### Viktiga saker i vardagen

1969 anordnade Socialstyrelsen en kurs i Lund för hela reumateam.

– Där fanns ett fint sammansvetsat team med Kåre Berglund, Merete och Håkan Brattström, Ulrich Moritz och handkirurgen Lennart Mannerfeldt.

Ulla blev tillfrågad att föreläsa på denna kurs. Hon minns att hon blev både smickrad och lite nervös inför uppgiften.

– Vi hade översatt och tillverkat ett ”Rancho test” (Upper Extremity Functional Test) som jag tog med till Lund och visade.

Ulla förklarar att det nya bestod i att man *mätte* och *utvärderade* de gjorda insatserna för patienten.

I Lund upplevde Ulla också ett väl utvecklat och fungerande teamarbete, och det gjorde ett stort intryck på henne. Merete Brattström hade varit i USA och förmedlade nya tankar rörande ”*Joint protection*” och de biomedicinska principerna bakom, samt möjligheterna som fanns att underlätta för patienten.

Dessa erfarenheter tog Ulla med sig och de fungerade som en milstolpe för fortsatt arbete i Göteborg.

– Patienten skall ha god kunskap om sin sjukdom, anser jag. Hur ska de bemästra denna sjukdom i *vardagen*? Då är arbetsterapin bra – det handlar om viktiga, var-



dagssysslor som att klä av och på sig, sköta hygien, klara hushåll, orka med yrkesliv och delta i fritidsaktiviteter.

### Undervisningsmaterial efterfrågat idag

Därför drog Ulla igång en patientundervisning tillsammans med team i Göteborg, som fick en reumatologavdelning först 1972 med Helge Hedberg som chef.

Den första åtgärden var att sammanställa ett undervisningsmaterial, *Ledskydd – ett skonsamt och aktivt levnadssätt*, vilket Ulla gjorde i samarbete med sjukgymnasten Birgitta Althoff, Västerås.

– Materialet finns fortfarande kvar. Under 80-talet blev det väldigt stort – vi hade runt 20 grupper med 100 patienter om året och även grupper för anhöriga. Undervisningen spred sig också till andra platser.

1978 ordnades en kurs på Sättra Brunn om patientundervisning. För att få komma med på kursen, var man tvungen att anmäla ett team på minst tre personer. Det var Tomas Bremell med team som deltog från Göteborg. Kursen gavs sedan under flera år, och den bidrog till att sprida idéerna runt om i landet.



Det material som Ulla och Birgitta tog fram var uppdelat i två delar – ett häfte till patienten, och en manual till handledaren. Det har senare kommit ut i fem nya upplagor (den senaste upplagan är från 1991)

och det har även översatts till engelska 1994, samt till ryska och lettiska 2005.

Tillsammans bläddrar vi i skrifterna. De består till stor del av kunskap, vardagliga råd om olika situationer och egen träning.

– Så sent som förra veckan ringde de från Reumatikerförbundet, för att de ville använda det som kursmaterial. Därför håller jag nu på med att titta igenom det – och det mesta håller även idag, men behöver uppdateras, säger Ulla.

### Gästforskare inspirerade

År 1985 var Ulla för första gången med i ett ILAR-sammanhang.

– Det var i Sydney, och jag blev inviterad dit för att leda en workshop om "Patient education fact or fiction?". Jag hade då även påbörjat min forskning om smärtlindring vid användning av handortos och visade mina resultat.

Efteråt fick Ulla frågor om var man kunde läsa vidare om hennes resultat. Hon svarade att det bara fanns publicerat på svenska – och insåg därmed att hon måste börja skriva på engelska.

– Därför skrev jag så småningom in mig som doktorand år 1990.

Det var Gunnar Grimby, professor vid medicinska rehabiliteringskliniken på SU, som blev hennes handledare.

– År 1988 kom en amerikansk gästforskare, Kate Lorig från Stanford-universitetet, till rehabkliniken under en månad. Jag fick ansvaret att ta hand om henne. Kate föreläste om patientundervisning, och vi diskuterade olika metoder och teorier. Hon var en viktig inspirationskälla och uppmuntrade mig att skriva och publicera mig i internationella tidskrifter, förklarar Ulla.

### Disputerade 1996

År 1996 disputerade Ulla. Avhandlingen heter "Daily activities in women with rheumatoid arthritis", och den består av totalt sex artiklar.

– I den första artikeln studerade jag hur patienter markerade sin smärta utan respektive med handledsortos när de utförde tre dagliga sysslor – duka ett bord, hålla upp mjölk och dammsuga under tre minuter.

– Det nya med den studien var att patienten fick beskriva sin smärta vid *dagliga aktiviteter* utan och med ett hjälpmedel – och på så sätt få en utvärdering av vår insats. Det hade ingen gjort förut!

Den andra studien handlade om en utveckling och utvärdering av elektronisk handkraftmätare, Grippit – ett instrument för mätning av såväl maximal kraft som handkraft under 10 sekunder. Den tredje handlade om utvärdering av hjälpmedel.

### EDAQ

I den fjärde artikeln uttryckte Ulla kritik mot skalan för svårighet i HAQ. ↻



**Jag har svårt att öppna och stänga vattenkranen!**

Tummen och pekfingerets leder utsätts på vänstra bilden för mycket stor påfrestning i fel riktning. Vattenkranen är för liten och har ett felaktigt grepp. Använd istället kranöppnare som på högra bilden, då blir hävarmen längre och belastningen fördelas på hela handen. Underarmen hjälper till att utföra rörelsen. Numera är det vanligt att man sätter in engreppsblandare när man byter vattenkran.

42



Liknande hjälpmedel, som bygger på hävstångsprincipen, finns för spisvred, nycklar, dörrhandtag, fönstervred m m. Istället för att använda nypgreppet när man ska vrida om spisvredet kan man, som på bilden, sätta på ett extra grepp. Man använder då inte bara tumme och pekfinger utan hela handen när man vrider. "Universalgreppet" kan användas till en mängd stora och små grepp, t ex att vrida om patentlåset, tvättvredet och parkeringsautomaten.

17

Utdrag ur det undervisningsmaterial Ulla varit med att utveckla.

## »Man ska gräva där man står! ”Clinical irritation” är ett bra utgångsläge i den medicinska vardagen«

– Enligt min uppfattning är inte skalan rättvisande. Man kan inte jämföra ett HAQ 2-värde (som står för ”mycket svårighet”), med att använda hjälpmedel, alternativt att en annan person utför arbetet.

Därför handlar de två avslutande studierna om EDAQ (Evaluation of Daily Activity Questionnaire). Ulla började redan 1990 arbeta med att utveckla detta instrument, och sedan 2008 är det ett projekt hon även arbetar med i EULAR.

– Med EDAQ beskriver patienten sin egen svårighet med att utföra olika dagliga aktiviteter: *Utan hjälpmedel*, respektive *med hjälpmedel* eller *med annan metod*. Patient reported outcome (PRO).

Redan 1995 fick Ulla det internationella FHP-priset för bästa vetenskapliga artikel i hälsoekonomi. Artikeln bygger på en studie Ulla gjorde av 53 kvinnor med RA, och där hon utvärderade den nytta de hade av olika hjälpmedel de förfogade över för att fungera normalt i sina dagliga aktiviteter.

### Symbol för arbetsterapins betydelse

Ulla är mycket konstintresserad, och hon uppskattar särskilt den holländske 1600-talskonstnären Johannes Vermeer. Hon beundrar dennes tavla *De Melkmeid* (The Milkmaid), och den fick därför pryda omslaget på hennes avhandling – och nu också på *Reumabulletinen*.

– Den konkretiserar de dagliga aktiviteternas betydelse för alla människor – och därmed även arbetsterapins betydelse. Bilden förmedlar en helhetssyn på människan och får därför även en symbolbetydelse för arbetsterapins arbetsområde, slår Ulla fast.

Hon påpekar också att kvinnan på bilden använder tvåhandsfattning, och det har Ulla forskat på.

– I EDAQ definieras det som ”*annan metod*”.

Ulla tar fram en dikt ur diktsamlingen *Här* från 2009 av den polska poeten Wislawa Szymborska, som handlar om just denna tavla.

”Så länge kvinnan där på Riksmuseum  
samlad, i målad tystnad  
dag efter dag håller  
mjölken ur kannan i handen  
förtjänar inte Världen  
världens undergång”

– Szymborska fick Nobelpriset i litteratur – samma år som jag disputerade!



De Melkmeid av Johannes Vermeer.

### Gräv där du står!

Efter disputationen undervisade Ulla på Arbetsterapiutbildningen på halvtid, på Sahlgrenska med utveckling och forskning och också som handledare och medarbetare till bl.a. kollegorna Ingrid Thyberg Linköping och Gunnel Sandquist Lund

Ulla har varit medförfattare till många artiklar; gör man en sökning på Medline finner man sammanlagt 16 stycken där.

Året före pensioneringen arbetade Ulla på Sahlgrenska också med att få kollegor att börja forska och undersöka nyttan med våra åtgärder.

– Man ska gräva där man står! ”Clinical irritation” är ett bra utgångsläge i den medicinska vardagen, då ska man studera problemet och använda sin kreativa förmåga till att lösa det, säger hon.

### Aktiv – och hedrad – i EULAR

Under 90- och 2000-talen reste Ulla, tillsammans med olika kollegor från andra länder, som föreläsare runt om i Östeuro-pa. Det skedde i EULARs regi.

– Vi skulle sprida kunskap om rehabilitering och höja såväl patientens som personalens status inom reumatologin. Det var så lärorikt, minns hon.

Dessutom gjorde Ulla även flera resor till St Petersburg – ryska läkare skulle utbildas i rehabilitering inom reumatologi. Det var Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter som hade ett projekt med SIDA.

Arbetet i EULAR har fortsatt efter pensioneringen. Ulla har suttit i styrelsen för organisationen *Standing Committee Health Professionals in Rheumatology*, och var fram till år 2007 även Editor för deras Newsletter.

– Vid EULARs kongress i Rom förra året blev jag inviterad till ”*Ulla Nordenskiöld’s Honorary lecture*”, och fick hålla ett föredrag under titeln ”*The history of health professionals within EULAR – How we started*”. Det var *mycket* hedrande, säger hon med berättigad stolthet.

Idag arbetar hon, som vi redan konstaterat, med EDAQ inom EULAR, och deltar även i ett österrikiskt projekt där patienter från Österrike, England och Sverige ska intervjuas om sin behandling.

– Syftet är att jämföra behandlingen i de olika länderna. Jag är med som mentor, och skall vara observatör i fokusgrupper.

Förutom projektet i primärvården, är det ytterligare ett svenskt projekt – om utveckling av Grippit tillsammans med Sofia Brorsson Halmstad, som har utvecklat Exit-mätning av fingerextension.

### Patientens behov i fokus

Den explosiva medicinska utveckling som ägt rum det senaste decenniet, har inneburit att arbetsterapin såväl som rehabilitering ibland har tonats ner och det tycker Ulla är synd.

– Därför är jag mycket glad över att SRF i sitt remissvar (som publicerades i *Reumabulletinen* 2/2011) till Socialstyrelsen på de Nationella Riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, även talar om betydelsen av rehabilitering!

Detta för att hon är övertygad om att det *alltid* kommer att finnas patienter som är i behov av en arbetsterapeut.

– Därför är klassifikationen ICF viktig, med en struktur att relatera behoven hos patienten både på funktion, aktivitet och i omgivningen sätta mål, beskriva åtgärder för behandlingen och utvärdera.

Detta blir också en bra beskrivning av arbetsterapeutens uppgifter, enligt Ulla.

– Kommunikation och pedagogik ingår som en väsentlig beståndsdel i arbetsterapeutens behandling. Vi möter en patient vars behov vi lyssnar på – och både patienten och arbetsterapeuten har *mål* som de vill uppnå!

– Vi måste se till att de mål de ställer upp tillsammans är *gemensamma* och att de utvärderas, avslutar Ulla Nordenskiöld.

PER LUNDBLAD

# ANNONS

# ANNONS

# Artrit i konsten

År 1986 anordnades i Bryssel ett symposium kallat "Art, History and Antiquity of Rheumatic Diseases" (1). Syftet var att sammanställa data från den livliga diskussion som pågått sedan 1950-talet om huruvida ledgångsreumatism, reumatoid artrit (RA), är en gammal eller ny sjukdom.

Åren efter 1948, då man insett reumatoidfaktorns kliniska betydelse, tydliggjorde att RA och ankyloserande spondartrit (AS)/Mb Bechterew var olika sjukdomstillstånd (2,7,9,11). Undersökningar av skelettfynd från antiken och medeltiden visade att AS förekom redan då, men också att några övertygande motsvarande fynd av RA saknades (2,9,11). I medicinsk litteratur före år 1800 fanns inte heller säkra beskrivningar av RA/kronisk artrit. Två skolor bildades nu, där den ena ansåg att RA var en ny sjukdom som började uppträda i början av 1800-talet, medan den andra var tveksam och förordade att man borde invänta säkrare underlag för ställningstagande. Svaret på frågan om RA:s anciennitet förväntades bli hypotesgenererande för modern forskning om RA:s etiologi. Sjukdomars epidemiologi, d.v.s. deras förekomst geografiskt och *tidsmässigt*, kan ge viktiga ledtrådar till deras orsak. Anhängare av åsikten att RA skulle vara en ny sjukdom framlade mer eller mindre spekulativa förslag om tänkbara miljöfaktorer och livsstilsförändringar under 1800-talets början, som skulle kunna förklara uppkomsten av RA.

## Kronisk artrit och andra ledsjukdomar i konsten

Vissa deltagare i denna debatt började nu systematiskt granska äldre konstverk, framförallt från sen medeltid och renässans, i hopp om att finna exempel på avbildningar av ledförändringar av det slag man finner vid RA/kronisk artrit. Bryselsymposiet klargjorde att en mängd artiklar av växlande kvalitet publicerats, där ett stort antal såväl vanliga som ovanliga reumatiska sjukdomar tycktes kunna spåras i de granskade konstverken. En genomgående svaghet i merparten publikationer, var dock den ofta totala bristen på bakgrundsfakta om avbildad person och dennes eventuella sjukhistoria. Ett av symposiets huvudtema var, som sagt, frå-



Figur 1. Yngling av Sandro Botticelli. Högerhandens utseende/utformning har av vissa bedömare ansetts spegla reumatoida förändringar.

gan om RA-förändringar accidentellt eller medvetet återgetts i äldre konstverk. Ett stort antal förslag om sådana fynd presenterades. Ett ofta återgett exempel är Sandro Botticellis *Yngling* från 1483, (se

figur 1). Högerhandens lätt krökta fingrar ansågs kunna spegla att han varit drabbad av juvenil artrit alternativt RA (5,6). Ingenting är känt om hans sjukhistoria. Kritiker har påpekat att detta är Botticellis manieristiska sätt att avbilda händer (12,15). Liknande "handförändringar" återfinns i ett stort antal av hans verk (8,12), för exempel se figur 2 & 3. Han använde ett stort antal unga, vackra kvinnor som modeller och det ter sig ganska orimligt att ett flertal av dessa skulle haft RA eller annan kronisk ledsjukdom.

Trots att man vid Bryselsymposiet framförde förslag om fynd av ett stort antal reumatiska åkommor (RA, andra kroniska artriter, degenerativa ledsjukdomar, neuroartropatier, TA och andra reumatiska systemsjukdomar) tvingades man som avslutning konstatera att konsensus inte gick att uppnå. Osäkerhet och oenighet om hur misstänkta fynd i enskilda konstverk skulle tolkas kvarstod. Detsamma gällde för de få textfynd och paleopatologiska undersökningar som också presenterades.

Anna Stina Malmborg kom till ett liknande resultat i sin utmärkta sammanfattning av ovanstående debatt några år senare (13). Anledningen till hennes artikel i *Läkartidningen* var att Läkarsällskapet fått en donation. Nanna Svartz dotter överlät



Figur 2. Venus födelse av Sandro Botticelli. Västanvinden (Zefyros) blåser lagom starkt så att hon i behaglig fart närmar sig ön Kytheras strand. Här väntar jordnymfen Pomona med blomsterdekorerad mantel. Notera Venus' högra hand och likheten i utformning med handen hos Yngling. Inlagt skiss av konstvetaren Morelli (12) som hävdade att Botticelli, liksom många andra stora konstnärer vid denna tid, tecknade händer, öron och nästipp manieristiskt och slentrianmässigt (12).



Figur 3. Madonna med barn, San Giovanni och sex änglar av Sandro Botticelli, se brödtext.



Figur 4. Man med trädgårdsmästarhatt av Olle Olsson Hagalund, se brödtext. Tavlans finns i Svenska Läkaresällskapets Porträttsamling, inventarienummer SLS 221.

en oljemålning av Olle Olsson Hagalund (1904–1972) som modern inköpt 1941, (se figur 4). Konstnären hämtade gärna sina motiv från Gullholmen, ett litet fiskeläge på västkusten. Hans "Gubbe" bodde sannolikt där och visst tycks han ha förändrade fingerleder. Inget är dock känt om hans sjukhistoria, men Nanna Svartz lär ha ansett att Gubbens fingerförändringar överensstämde med dem man ser vid RA (13).

En annan 1900-talskonstnär, amerikanskan Alice Neel (1900–1984), målar expresstivt och avbildar gärna händer. Hon har i klartext sagt att händer kan tecknas så att de återger budskap av olika slag, t.ex. karaktärsdrag (14). Händer och fingrar ter sig ofta i sådana fall som deformerade och sjukliga, syftet är dock inte alls att återge korrekta anatomiska förhållanden! I detta sammanhang kan påminnas om en av Paul Klees sentenser: *konstverk skapas inte för att återge det synliga utan för att synliggöra!*

### Konstnärer med reumatisk sjukdom

Vid Brysselsymposiet diskuterades också en del kända konstnärer (Klee, Renoir, Rubens) som ansågs ha drabbats av reumatisk sjukdom och hur detta påverkat deras konstnärskap. Philip Sandblom, konstkännare och konstsamlare, professor i kirurgi och rector magnificus i Lund, publicerade ungefär samtidigt en omfattande monografi om konstnärer som drabbats av varierande sjukdomar och hur detta eventuellt påverkat deras konstnärliga gärning (16). Han nämner kort att såväl Dufy som Renoir insjuknade i RA, men trots betydande funktionsnedsättning kunde de fortsätta sitt mästerliga och virtuosa skapande. Alldeles i slutet av sitt liv färdigställde Renoir *Nymferna* (Les Baigneuses). Ett konstverk på för Renoir stor duk (110 x 160 cm). Han målade sittande i rullstol med penslar fixerade vid fingrarna och hade själv konstruerat en anordning så att duken efterhand

rullades fram, vilket innebar att han kunde måla på stor yta trots sin mycket begränsade rörelseförmåga. Foto av Renoir från senare delen av hans liv visar typiska RA-förändringar i händerna.

Sandblom liksom Bywaters och Varga (3,16,18) ansluter sig till åsikten att Paul Klee (1879–1940) mot slutet av livet insjuknade i sklerodermi. Detta har på senare tid ifrågasatts (4,17), se förra utgåvan av RB (10).

**Sammanfattningsvis** finns inga oomtvistade avbildningar av klassiska hand-/fingerdeformiteter vid RA i konstverk före år 1800. Med undantag för gikt gäller det också andra typer av kronisk artrit och andra inflammatoriska reumatiska sjukdomar/åkommor.

### Referenser:

1. Art, History and Antiquity of Rheumatic diseases under redaktion av Thierry Appelboom, Bryssel: Elsevier Librico, 1987.
2. Buchanan W. Rheumatoid arthritis: Another new world disease? *Sem Arthritis Rheum* 1994; 23: 289-94.
3. Bywaters EGL. Paul Klee: the effect of scleroderma on his painting. I: *Art, history and antiquity of rheumatic diseases*, Appelboom T (red). Bryssel: Elsevier, 1987:49-50.
4. Castenholz G. Die progressive systemische sklerose. *Analys und Geschichte unter besonderer Berücksichtigung der Krankheit des Malers Paul Klee (1879-1940)*. Wissenschaft in Dissertationen, Band 603, förlag: GW, Marburg 2000.
5. Dequeker J. Rheumatic diseases in visual arts. General review. I: *Art, history and antiquity of rheumatic diseases*, Appelboom T (red). Bryssel: Elsevier, 1987:31-7.
6. Hermans PJ. A systematic study of the pictorial hand from Botticelli to Rembrandt. I: *Art, history and antiquity of rheumatic diseases*, Appelboom T (red). Bryssel: Elsevier, 1987:38-40.
7. Leden I. Ledgångsreumatism och gikt – en historisk återblick. *Sydsv Medhist Sällskap Årsskrift* 1981; 18: 65-97.
8. Leden I. Doubts about Sandro Botticelli's depiction of juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 1197-98.

9. Leden I, Svensson B. Reumatoid artrit (RA) – gammal eller ny sjukdom? *ReumaBulletin* (nr 71) 2008: 25-27.
10. Leden I, Tryding N. Paul Klees skapande och sjukdom. Diagnosen nu ifrågasatt. *ReumaBulletin* (nr 81) 2011:43-45.
11. Leden I. Ledgångsreumatism – från stenålder till nutid. *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsbok* 2011 (under tryckning).
12. Lermolieff I. (Giovanni Morelli publicerade ofta under denna pseudonym). *Kunstkritische studien über Italienische Maleri*. Leipzig: Brockhaus 1890: 1-362, se sid 98.
13. Malmberg A-S. Hur länge har de reumatiska sjukdomarna funnits? Bildbevis finns i konsten! *Läkartidningen* 1992;89: 303-06.
14. Neel A. <http://www.aliceneel.com/articles/pdf/painted-truths-04.pdf>
15. Philippot P. Stylistic and documentary understanding of fine arts. I: *Art, history and antiquity of rheumatic diseases*, Appelboom T (red). Bryssel: Elsevier, 1987:12-16.
16. Sandblom P. Skapande och sjukdom. Hur lidande påverkar litteratur, konst och musik. *Nordisk Medicinhistorisk årsbok (suppl IX)* 1983: 1-143.
17. Suter H. Paul Klee und seine Krankheit. Vom Schicksahl geschlagen, vom Leiden gezeichnet -und dennoch! Bern: Stämpfli Verlag AG 2006.
18. Varga J. Illness and art: the legacy of Paul Klee (editorial). *Current Opinion in Rheumatology* 2004; 16: 714-17.

### Översiktslitteratur:

- Lyons A, Petrucelli J. *Medicine. An illustrated history*. New York: H N Abrams publishers 1978.
- Schadewaldt H, Binet L, Maillant C, Veith I. *Kunst und Medizin*. Köln: Verlag Schauberg, 1967.

### Historieberättare: IDO LEDEN

Texten skriftlig version av föredrag 2011-04-13, SRFs Vårmöte i Göteborg.



## Nytt om hemsidan

**R**eumaBulletinen nr 2 innehöll bland annat information om tankarna bakom förändringen till SRF:s nya hemsida som jag hoppas är redan lanserad innan detta nummer har hunnit distribueras. De stora nyheterna i den nya hemsidan som ni kanske redan har sett är att medlemmar inom SRF får möjlighet att skapa ett användarkonto med för- och efternamn som användarnamn samt ett lösenord som man får mailat till sig som går sedan att ändra till ett annat lösenord.

**Diskussionsforum** är tänkt enbart till för medlemmar som önskar skapa diskussionsämne eller debattera öppet kring en allmän fråga. Man är inte anonym som debattör. Vett och etikett krävs om man ska få fortsätta ha möjlighet att skriva inlägg annars blir man avstängd. Johan Karlsson som är styrelseledamot och representant för ST-läkare är utsedd till moderator för diskussionsforum och har mandat att rensa bort olämpliga inlägg som jag tror och hoppas att han inte kommer att behöva göra. En ny sida har tagit form med rekommendationer om läsvärd skönlitteratur som har döpts till **Skönlitterär kanon**. Ytterligare nyheter är en ny snyggare layout på ReuKalender som har bytt namn till **ReumaKalender**.

**Future Faculty** och **Professorskollegiet** ligger numera under rubriken FoU.

Det har även tillkommit en ny frågesport, **ReumaQuiz**, som jag hoppas ni kommer att tycka är intressant och lärorik. Jag tar gärna emot förslag på kliniskt relevanta Reumatologiska Quiz. Ett exempel är frågan:

- Vilken är den vanligaste dödsorsaken vid MCTD?
- A Vaskulit i kranskärlet
  - B PAH
  - C Lungemboli
  - D Renal kris

För rätt svar var god och titta in på [www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se), där hittar du rätt svar med flera andra ReumaQuiz och de övriga gamla och viktiga sidorna som **ST-sidan** och **Riktlinjer**.



**MILAD RIZK**  
Webbredaktör  
[www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)  
milad.rizk@ltv.se

## SRF:s STYRELSE 2011



**Johan Bratt**  
**Ordförande**  
Reumatologiska kliniken  
D2:01  
Karolinska Universitetssjukhuset  
171 76 Stockholm  
Tel 08-585 818 48  
johan.bratt@karolinska.se



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



**Per Salomonsson**  
**Facklig sekreterare**  
Reumatologiska kliniken  
Universitetssjukhuset  
701 85 Örebro  
Tel 019-602 19 23  
per.salomonsson@orebroll.se



**Britt-Marie Nyhäll-Wählin**  
**Kassör**  
Kliniken för reumatologi  
Falu lasarett  
791 82 Falun  
Tel 023-49 27 22  
britt-marie.nyhall-wahlin@ltdalarna.se



**Carl Turesson**  
**Vetenskaplig sekreterare**  
Reumatologiska kliniken Malmö-Lund  
Universitetssjukhuset MAS  
205 02 Malmö  
Tel 040-33 24 19  
carl.turesson@med.lu.se



**Åsa Reckner Olsson**  
**Utbildningsansvarig**  
Länskliniken för reumatologi, HMC  
Universitetssjukhuset  
581 85 Linköping  
Tel 010-1038709  
Asa.Reckner.Olsson@lio.se



**Johan Karlsson**  
**Ledamot, representant för läkare under utbildning**  
Reumatologiklinik Lund-Malmö  
Skånes Universitetssjukhus, Lund  
221 85 Lund  
046-17 16 17  
johan.karlsson@med.lu.se

## Dual cytokine inducing properties of HMGB1

Hulda Sigríður Hreggviðsdóttir

Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Solna

Disputation: Fredagen den 1. April 2011

Huvudhandledare: Docent Helena Erlandsson Harris, Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Solna, Enheten för reumatologi

Bihandledare: Professor Ulf Andersson, Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Enheten för pediatrik

Fakultetsopponent: Professor Reinhard Voll, University of Erlangen-Nürnberg, Department for Internal Medicine 3, Erlangen, Tyskland

High mobility group box protein 1 (HMGB1) is a nuclear protein that can be released either passively by necrotic cells or actively by stimulated cells. Extracellular HMGB1 is a potent inducer of inflammation and the importance of HMGB1 as a mediator in a number of inflammatory diseases including rheumatoid arthritis, sepsis and ischemia-reperfusion injury, has been demonstrated by successfully targeting the protein in preclinical models. The aim of my thesis was to characterise the cytokine-inducing properties of HMGB1 and to study which receptors were required for cytokine induction.

Several studies have indicated that HMGB1 can co-operate with other pro-inflammatory molecules to induce inflammation. To further study this mechanism we formed complexes of HMGB1 together with the exogenous TLR ligands LPS, Pam<sub>3</sub>CSK<sub>4</sub> and CpG-ODN or the endogenous ligands IL-1 $\alpha$  and IL-1 $\beta$ . Stimulation of macrophages or synovial fibroblasts with

these different HMGB1 complexes resulted in significantly enhanced cytokine production as compared to stimulation with each ligand alone (**papers I and II**). Importantly, HMGB1 selectively enhanced the stimulatory activity of certain molecules as it did not display this activity with all tested ligands. In **papers II and III** the receptor requirements of HMGB1 complexes were studied. HMGB1 in complex with LPS, Pam<sub>3</sub>CSK<sub>4</sub> and IL-1 $\alpha$ / $\beta$  stimulated cytokine release via the TLR4, TLR2 and IL-1RI receptors, respectively, demonstrating that cytokine induction by HMGB1 complexes is dependent on the receptor for the respective partner molecule.

In **paper IV** we demonstrated that cytokine release stimulated by uncomplexed HMGB1 was dependent on TLR4 but not on RAGE or TLR2, and that a direct association of HMGB1 and TLR4 was detected both *in vitro* and *in vivo*. Using site-directed mutagenesis we furthermore determined that the cysteine in position 106 of

HMGB1 was required for both binding to TLR4 and for cytokine induction.

In summary, in this thesis I have demonstrated that HMGB1 has the ability to induce cytokine production in two ways: through forming complexes with certain danger molecules and thereby increasing their stimulatory activities, and through direct interaction with the TLR4 receptor. The TLR4-mediated endogenous cytokine-inducing capacity of HMGB1 requires a cysteine in position 106, while the enhancing capacity of HMGB1-partner ligand complexes is independent of HMGB1 ligation to TLR4 but dependent on signaling via the partner molecule receptor. Neither mechanism involved an interaction of HMGB1 with its suggested receptor RAGE. These results are of value for designing HMGB1-targeting therapies that focus on blocking only certain HMGB1 functions or certain receptor interactions.

ISBN 978-91-7457-265-0

## Studies on Molecular Regulation of Inflammation in Cutaneous Lupus Erythematosus

Vilija Oke

Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin, Solna, Enheten för Reumatologi

Disputation: Fredagen den 15 april, 2011

Huvudhandledare: Professor Marie Wahren-Herlenius, Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin, Solna, Enheten för Reumatologi

Bihandledare: Docent Filippa Nyberg, Akademiska Sjukhuset, Institutionen för Medicin, Enheten för Dermatologi

Fakultetsopponent: Docent Anders Bengtsson, Lunds Universitet, Institutionen för Medicin, Enheten för Reumatologi

Lupus erythematosus (LE) is an autoimmune disease with a wide range of clinical manifestations. This spectrum spans from limited cutaneous disease to life-threatening rheumatic disorder involving vital organs. Sun exposure is an evident exogenous trigger of both cutaneous (CLE) and systemic LE (SLE). CLE-resembling skin lesions can also be experimentally induced using artificial ultraviolet radiation (UVR). Skin is an organ which is physically available for clinical observation and biopsy acquisition. This provides a possibility to relate the clinical appearance of developing and healing lesions to the molecular and cellular events observed in the skin specimens.

In the studies included in this thesis we aimed to define the molecular regulation of cutaneous inflammation in CLE and to evaluate if a standardized photoprovocation is a suitable method to study CLE in a multicenter study. Firstly, we explored what cytokines are involved in the regulation of inflammation in UVR-induced CLE lesions; secondly, we investigated if the autoantigen Ro52 is expressed in UVR-induced and spontaneous CLE lesions and lastly, if UVR and reactive nitrogen species (NO) could modulate the expression of autoantigen Ro52 in the LE-target cell keratinocyte. We also wanted to examine which domains within the Ro52 protein that determine its

subcellular localization, and if Ro52 can interact with ubiquitin conjugating enzymes residing in different cell compartments.

To achieve our goals we used skin biopsy material derived from spontaneously occurring CLE lesions, and also a longitudinal collection of cutaneous specimens acquired from experimentally UVR-induced LE-specific lesions. We established patient- and healthy control-derived primary keratinocyte cultures in order to investigate Ro52 expression under the influence of UVR and NO. Furthermore, by constructing green fluorescent protein-Ro52 (GFP-Ro52) mutants and transfecting HeLa cells with them, we investigated

the sequences of importance for subcellular localization of this autoantigen.

In paper I we demonstrated that a standardized photoprovocation allows inducing CLE-resembling lesions in approximately half of the patients and is a safe and reproducible method suitable for multicenter studies.

In paper II we demonstrated that HMGB1, an alarmin with cytokine-like functions, is upregulated and translocated to the extracellular space in UVR-induced CLE lesions, and that its highest expression coincides with the peak of clinical activity of the lesions. Other investigated cytokines TNF- $\alpha$  and IL-1 $\beta$  seemed to be of less importance.

In paper III we showed that Ro52 is strongly expressed in the epidermis and

dermis of spontaneous and UVR-induced CLE lesions and is predominantly located in the keratinocyte cytoplasm. Moreover, our results of *in vitro* experiments indicate that UVR can upregulate the expression of this autoantigen in the cytoplasm of keratinocytes.

In paper IV we determined that NO can modulate the subcellular localization of Ro52 in human keratinocytes and HeLa cells *in vitro*. We have also demonstrated that Ro52 is expressed in close proximity to iNOS and is located in both cytoplasmic and nuclear compartments of the cells present in CLE skin lesions. In addition, we proved that the sequence located within the leucine zipper/coiled coil domain of Ro52 is the one that retains the protein in the cell cytoplasm while the B30.2 domain

is important for the nuclear translocalization of Ro52. We have also demonstrated that Ro52 can interact with both nuclear and cytoplasmic ubiquitin conjugating enzymes.

In conclusion, the studies presented in this thesis provide novel insights into the molecular events that occur in the skin of CLE patients during lesion development. Our findings indicate that UVR and NO can modulate the expression of the autoantigen Ro52 in keratinocytes, which are the target cells of autoimmunity in LE. We demonstrate that standardized photoprovocation is a safe and reproducible method to study UVR-induced CLE in multicenter studies.

ISBN 978-91-7457-280-3

## **Specific Autoimmunity in Rheumatoid Arthritis – T Cells, Antibodies and Genetic Regulation**

**Omri Snir**

Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin, Enheten för Reumatologi

Disputation: Tisdagen den 7 Juni, 2011

Huvudhandledare: Docent Vivianne Malmström, Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin, Enheten för Reumatologi

Bihandledare: Professor Lars Klareskog, Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin, Enheten för Reumatologi

Fakultetsopponent: Associated Professor Gunter Steiner, University of Vienna, Division of Rheumatology

Complex interactions between genes and environmental factors may result in destruction of the body's own cells and tissues by the immune system, i.e. autoimmunity. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic joint inflammation mediated by all arms of the immune system that can lead to tissue destruction and functional disabilities. Many genetic variants and environmental factors that affect the immune system in RA have been revealed in recent years, however it is still not known precisely how they regulate and control autoimmunity. In this work I studied the function and specificity of adaptive immunity in RA, and also addressed influences from known genetic variants that predispose for disease.

First, autoantibody responses to several RA-associated citrullinated autoantigens were studied in a cohort of patients with established RA. Antibody responses and their interrelationships were examined, both in the whole study cohort and following stratification to HLA-DRB1 types, since HLA-DRB1 alleles are the strongest genetic risk factors known for RA. The autoantibodies were found to be highly specific for RA and displayed only limited cross reactivity. HLA-DRB1\*04 alleles strongly associated with the presence of these auto-

antibodies both in sera and synovial fluid.

T cells are believed to be central mediators of RA pathogenesis, however studying T cell specificity has been proven difficult. The striking HLA-DRB1\*04 association with different anti-citrulline antibody responses encouraged us to revisit T cell recognition and responses to citrullinated proteins. We identified an epitope from vimentin that binds HLA-DRB1\*0401 in its citrullinated but not in its native form and T cell recognition and function were investigated. CD4 T cells from both HLA-DRB1\*0401 RA patients and healthy donors recognized citrullinated vimentin. However, T cells derived from RA patients secreted higher levels of cytokines, suggesting previous activation and/or cytokine dysregulation in RA. This study required a development of an assay sensitive enough to allow detection of rare antigen-specific CD4 T cells. Having such a tool, we further applied the same method to functionally examine type-II collagen (CII)-reactive CD4 T cells from peripheral blood and synovial fluid from HLA-DR\*04 RA patients. T cells indeed recognized different variants of the immunodominant T cell epitope of CII and displayed epitope spreading throughout the disease. Synovial fluid de-

rived T cells displayed higher cytokine production and reactivity as compared to blood suggesting local reactivation.

Many more RA predisposing genetic variants have been identified outside the HLA-DRB1 locus in recent years. We therefore continued to study the association with autoantibody specificities in two independent cohorts of RA patients. Several genetic variants were found to control autoantibodies formation; some associated with several autoantibodies whereas others exclusively linked with a single fine specificity.

In summary, our data suggest that both B and T cells selectively respond to autoantigens in RA and are controlled by HLA and additional RA-predisposing genes. This work emphasizes the importance of multidisciplinary investigation for the understanding of interaction between genes and immunity in order to functionally explain epidemiological findings. We further hope that our findings regarding T and B cell specificities will encourage others to continue in this direction, which may pave the road towards specific therapy in patients following precise gene-immune investigation.

ISBN 978-91-7457-328-2

# ReumaKalender



## 2011

- 12 oktober** **Immunology update – immunologi för ST-läkare inom reumatologi**  
12–14 okt, Göteborg  
esbjorn.telemo@rheuma.gu.se
- 13 oktober** **SRFs Höstkonferens**  
13–14 okt, Stockholm  
johan.bratt@karolinska.se
- 20 oktober** **SLE – modern behandling, diagnostik och utredning**  
20–21 okt, Uppland  
Henrik.Karlen@ucb.com
- 5 november** **ACR**  
5–9 nov, Chicago, USA  
www.rheumatology.org
- 21 november** **Medicinskt ultraljud för specialister**  
21–22 nov, Stockholm  
hassan.tamimi@abbott.com
- 24 november** **SK-liknande kurs: Extraartikulära manifestationer och comorbiditet vid RA**  
24–25 nov  
Catharina.Nilsson@pfizer.com
- 30 november** **Medicinska Riksstämman**  
30 nov–2 dec, Stockholm  
www.sls.se

## 2012

- 17 januari** **Klinisk epidemiologi med reumatologiska exempel**  
17–19 jan, Halmstad
- 26 januari** **Register- och riktlinjedagar**  
26–27 jan, Stockholm  
inga.lodin@karolinska.se  
johan.bratt@karolinska.se
- 18 april** **SRFs Vårmöte**  
18–20 april, Malmö
- 6 juni** **EULAR 2012**  
6–9 juni, Berlin  
eular@eular.org
- 2 september** **Scandinavian Congress of Rheumatology 2012**  
2–5 sept, Köpenhamn

Information/program/inbjudan återfinnes i Reu-kalendern på [www.svenskreumatologi.se](http://www.svenskreumatologi.se)

Pottholtz funderingar  
enligt Tomas Weitoft

