



ReumaBulletinen

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

Ansvarig utgivare **Tomas Bremell**
Reumatologi
Sahlgrenska Universitetssjh
Gröna Stråket 12
413 45 Göteborg
Tel 031-342 33 78
tomas.bremell@vregion.se

Redaktör **Tomas Bremell**
Se uppgifter ovan.

Red.medlemmar **Ido Leden**
ido.leden@telia.com
Bengt Lindell
bengt@lindell.cc
Ola Börjesson
ola.borjesson@karolinska.se

Produktion **Mediahuset i Göteborg AB**
Marieholmsgatan 10C
415 02 Göteborg
www.mediahuset.se
Tel 031-70719 30
Fax 031-84 86 82

Annonser **Dan Johansson**
dan@mediahuset.se
Olle Lundblad
olle@mediahuset.se

Layout **Gunnar Brink**
gunnar@mediahuset.se

Tryck **Åkessons Tryckeri AB**
Box 148
361 22 Emmaboda
www.akessonstryck.se

Distribution Distribueras som posttidning
ISSN 2000-2246

Utgivningsplan

Nummer	Manusstopp	Utgivning
Nr 1	20 januari	1 mars
Nr 2	20 april	1 juni
Nr 3	20 augusti	1 oktober
Nr 4	20 oktober	1 december

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Innehåll 4/2009

- 3 Redaktören har ordet**
Inbjudan till Riks-ST-dagar i Reumatologi
- 5 Brev från ordföranden**
- 7 Brev från vetenskaplige sekreteraren**
- 9 Rapport från Höstkongressen i Stockholm**
- 14 Alla vägar bär till Reuma**
- 15 ST-utbildning i reumatologi i Sverige idag**
Pottholtz
- 16 Det diagnostiska provet – efter fem år**
- 17 Professionens bedömning viktigare vid**
godkännande av ny specialist
- 18 Studierektorn – en tiokampare med flera starka grenar**
- 19 Regional ST-studierektor i Reumatologi**
- 20 SPUR-inspektioner under 2008–2009**
- 21 SRFs styrelse 2009**
- 23 Är utlandstjänstgöring något för nya ST?**
- 25 Rapport från symposium i artritradiologi**
- 27 Inbjudan till SRFs Vårmöte 2010**
- 28 Eponymer med anknytning till reumatologi (del 3)**
- 30 Rapport från Skåne: Sammanslagning av**
Reumatologiska kliniken Lund/Malmö
- 31 SRFs nya hemsida: svenskreumatologi.se**
- 32 Reu-kalendern**

Omslagsbild: Naturreseptatet Valön, Bohuslän (Foto: Gunnar Brink)

ANNONS

Redaktören har ordet

Välkommen till nr 4 av *Reumabulletinen* under 2009. Tidskriften har ju i sitt nya format fått en klar struktur och går också ut liksom flera andra specialistföreningars tidningar till sjukhusbibliotek. Dessutom sänder vi ut tidskriften för vidare distribution till enhetschefer inom reumatologi, studierektorer och professorer för vidare spridning. Meningen är att tidskriften på ett bra sätt skall spegla reumatologins dynamiska utveckling och locka fler att bli reumatologer.

DETTA NUMMER HAR DEN nya specialistutbildningen som tema. Detta var ju också temat för årets höstkonferens vilken presenteras utförligt i detta nummer. Vi har även artiklar om diagnostiskt prov, studierektorsfunktionen, presentation av socialstyrelsens granskare, SPUR-rapporter m.m.

I detta nummer finns också presentationen av föreningens nya hemsida som Ola Börjesson och Bengt Lindell utformat i samarbete med Mediahuset, vilken du hittar på nätet – www.svenskreumatologi.se

VI HAR FÅTT EN NY intressegrupp för artritologi och denna presenteras av Annika Teleman. Ido Ledens eponymer fortsätter i detta nummer och vi får även en kort redogörelse för hur sammanslagningen av reumatologenheter i Lund och Malmö går.

Kommande nummer, det vill säga nr 1 för 2010, kommer att domineras av register- och riktlinjearbete.

Således varmt välkommen till ännu ett nummer av *Reumabulletinen*.

TOMAS BREMELL
Redaktör



» Meningen är att tidskriften på ett bra sätt skall spegla reumatologins dynamiska utveckling och locka fler att bli reumatologer. «



Välkommen till Riks-ST-dagar i reumatologi 6–7 maj 2010 på Nya Varvet i Göteborg

Årets tema är:

- Förbättringskunskap – från teori till ST-projekt
- Immunologi – hur utvecklas immunologisk störning till reumatisk sjukdom

Frågor och anmälan:

Maj Jonnstedt, maj.jonnstedt@vgregion.se

Tfn: 031- 342 33 78

Varmt välkommen!

Boel Mörck, verksamhetschef

Eva Klingberg Regional, ST-studierektor

Reumatologi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset

ANNONS

Intressanta och viktiga diskussioner på årets Höstmöte

Höstkongressen

Årets höstkongress besöktes av drygt 40 personer och behandlade under två dagar den nya specialistutbildningen. Mötet finns väl redovisat på annan plats i tidningen. Bland flera viktiga punkter framkom önskemål att Svensk Reumatologisk Förening (SRF) fastslår rekommendationer för en lägsta nivå avseende arbetet enligt vetenskaplig praxis. Studierektorsdokumentet, dvs. funktion, status och support för regional ST-studierektor i reumatologi, som finns beskrivet på annan plats i tidningen godtog. Dokumentet ger en tydlig bild av SRF:s intentioner för studierektorns verksamhet och sätt att verka. Det fanns önskemål om fler SK-liknande kurser av C-typ. Dessutom föreslogs en form av ST-bank för olika dokument och pm rörande ST enligt nya systemet.

ST-läkare Ragnar Ingvarsson påtalade att utbildningen i vardagen kan bli bättre avseende klinisk handledning och att detta är allas angelägenhet. En sådan s.k. lärande organisation med kontinuerlig undervisning och handledning är något som inte bara ST-läkarna skulle ha nytta av.

Det framkom vidare att forskning som merit varierar väldigt mycket mellan olika universitetssjukhus och det finns en önskan om likställighet avseende meritvärdering och löneersättning för disputation, docentur och när man får specialistlön. På flera håll får den forskande ST-läkaren specialistlön efter fem års ST även om inte specialistkompetens erhållits då. Vidare diskuterades hur andra specialister skulle kunna få reumatologkompetens. Här gäller individuell prövning där checklistor och målbeskrivningen inte riktigt är skarpa verktyg. Kunskapen i läkarhantverket som många specialister har måste vägas in och påverkar hur mycket tid som erfordras för att uppfylla kraven för specialistkompetens.

Riktlinjearbete

Riktlinjearbetet i svensk reumatologi är unikt i så motto att vi genomför en årlig uppdatering av våra viktigaste riktlinjer med en omfattande förankringspro-



»En aktiv regional studierektor bidrar till att göra ST-läkare i reumatologi attraktivt på länssjukhuset – mer attraktivt än för många andra specialiteter.«

cess inkluderande alla professorer, alla enhetschefer och alla deltagare i register- och riktlinjedagarna. Vi har nya register- och riktlinjedagar 28–29 januari. Alla är varmt välkomna till denna för diskussioner och synpunkter.

Rekrytering till länssjukhus – en nyckelfråga!

Den fortsatta rekryteringen av nya ST-läkare, dvs. den långsiktiga rekryteringen av nya specialister, är en nyckelfråga framförallt för länsreumatologin. På många länssjukhus präglas sjukvårdsarbetet av läkarbrist. Här måste svensk reumatologi ha en uttalad strategi både vad gäller att stimulera andra specialister att bli reumatologer, men även att stimulera de som blir specialister på universitetssjukhus att söka sig ut till länssjukhusen. I Västra Götaland har vi obligatoriskt tre månader reumatologtjänstgöring på länssjukhus som en del av utbildningen till reumatolog på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. En sådan typ av tjänstgöring kan öka lock-

elsen att söka sig utanför regionsjukhusets väggar framöver, vilket kan vara en väg för att stärka rekryteringen till länssjukhusen.

Det är också viktigt att långsiktigt höja statusen för reumatologer på ett länssjukhus. Skall reumatologen ses som en person att dela bakjoursbördan och sedan ha en undanskymd mottagning, eller betraktas istället reumatologen som en klurig person som kan lösa svåra fall och bidrar till att vanliga sjukdomar diagnostiseras och att vanligare reumatiska sjukdomar får en fantastisk behandling?

Våra regionala studierektorer har en nyckelroll i att både stimulera utbildning till reumatolog på länssjukhus men också att stärka rekryteringen där.

En aktiv regional studierektor bidrar till att göra ST-tjänst i reumatologi attraktivt på länssjukhuset – mer attraktivt än för många andra specialiteter.

Stärk translationell forskning

I syfte att stärka transnationell forskning och minnas en förgrundsfigur i svensk reumatologi har föreningen instiftat ett Andrzej Tarkowski-pris som kommer att delas ut första gången 2010.

Närmast på programmet för svensk reumatologi ligger Register- och Riktlinjedagar 28–29 januari på Karolinska i Stockholm. Varmt välkomna till dessa dagar!

TOMAS BREMELL
ordförande

Nya medlemmar i SRF

Göran Sidenvall, Norrtälje,
Lena Karlberg, Göteborg
Korosh Hekmat, Malmö

ANNONS

Tack för ett givande vetenskapligt år!

När detta skrives ligger vi i startgroparna för en av årets höjdpunkter inom svensk reumatologisk vetenskap – Riksstämman! En summering av höjdpunkterna från årets stämma kommer i nästa nummer av *Reumabulletinen*.

Det ligger i sakens natur att vi i detta årets sista nummer framför allt blickar framåt mot ett spännande 2010. Redan 28–29/1 anordnas de årliga riktlinje- och registerdagarna i Stockholm. Som vanligt blir det ett tillfälle att ta del av föreslagna förändringar i Svensk Reumatologisk Förenings behandlingsriktlinjer och även en möjlighet att diskutera och påverka riktlinjerna. Nytt för i år är att en särskild arbetsgrupp kommer att presentera separata riktlinjer för provtagning och andra säkerhetsaspekter. Med en successivt höjd ambitionsnivå på många områden inom reumatologisk behandling ökar komplexiteten i en del av dessa frågor, samtidigt som det vetenskapliga underlaget i form av kliniska prövningar av hög kvalitet och långvariga observationsstudier blir allt solidare. En viktig del av detta underlag baseras på forskning i svenska register. Intressanta nyheter och pågående arbete i dessa presenteras på registerdagen. Vi ser fram emot två givande dagar!

EN ANNAN HÖJDPUNKT under våren blir Vår-mötet i Stockholm 21–23/4, som denna gång arrangeras i samarbete med Svenskt ReumaForum. Organisationskommittén har utlovat ett spännande program som kommer att spegla betydelsen av internationella kontakter i dagens forskning och sjukvård.

Jag vill också passa på att påminna om Scandinavian Congress of Rheumatology



i Bergen 9–12/5 (www.scr2010.no). Deadline för abstractinskickning är 15/1. Skandinavisk reumatologisk forskning står sig mycket starkt nu, och vi har mycket att lära av varandra. Jag hoppas få se många landsmän och kollegor från andra skandinaviska länder i Bergen i maj!

Till de betydelsefulla fördelarna med skandinaviskt samarbete inom reumatologin hör årets forskningsstipendium från Scandinavian Journal of Rheumatology, som baseras på överskott av tidskriften som fonderats i en stiftelse. Stipendiet annonseras på särskild plats här i *Reumabulletinen*. Observera att sista nomineringsdag är 15/1.

ÅRETS MOTTAGARE AV WYETHPRISET för klinisk forskning – Lars Rönnblom – och Wyethstipendiet för yngre forskare – Lars Erik Kristensen – hyllades på Riksstämman. Ett stort grattis till Lars och Lars Erik! Detaljer kommer i nästa nummer.

Styrelsens uppfattning är att stipendier som delas ut till lovande forskare med framtiden för sig har stor betydelse både

som finansiering och uppmuntran. Vi ser det också som angeläget att visa vilka goda exempel som finns och har funnits när det gäller målmedveten och nyskapande forskning. Professor Andrzej Tarkowski var en mycket aktiv och framgångsrik forskare och en viktig förebild för många av oss. Styrelsen har därför beslutat att inrätta ett forskningsstipendium till Andrzej Tarkowskis minne. Stipendiet kommer att delas ut till en yngre forskare som bedriver aktiv och translationell reumatologisk forskning. Ytterligare uppgifter om stipendiet kommer i framtida nummer av *Reumabulletinen*.

UNDER 2010 KOMMER OCKSA preliminärversionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar att färdigställas och läggas fram för diskussion. Det vetenskapliga underlaget är nu färdigt för områdena reumatoid artrit och spondylartrit/psoriasisartrit, men det återstår en del kompletteringar för andra sjukdomsområden och konsensusförande för relevanta åtgärder med ingen eller svag evidens. En prioriteringsgrupp rangordnar sedan de olika åtgärderna, vilket ligger till grund för rekommendationer. Svensk Reumatologisk Förening är representerad på flera nivåer i processen, och bevakar naturligtvis utvecklingen noga.

Efter dessa smakprov från framtiden vill jag passa på att tacka alla som bidragit till ett givande vetenskapligt år!

CARL TURESSON
Vetenskaplig sekreterare
turesson.carl@mayo.edu

Register- och Riktlinjedagar 2010

Välkommen till Register- och Riktlinjedagarna på Karolinska den 28–29 januari 2010.

Utvecklingen är stark inom dessa områden av Svensk Reumatologisk förenings verksamhet och många nyheter kommer att presenteras under dessa dagar som nu hålls för tredje gången.

För SRF: Tomas Bremell, Staffan Lindblad, Lars Klareskog

Anmäl dig till Inga Lodin på mail inga.lodin@karolinska.se så får du en anmälningsblankett att returnera med vilka dagar du vill delta, kost etc.

Resebidrag utgår till ST-läkare och reumatolog vid länsdelssjukhus.

Vid frågor kontakta Inga på telefon 08-517 72476.

ANNONS



Rapport från reumatologins Höstkonferens i Stockholm

Den nya specialiseringstjänstgöringen

Temat för SRF:s höstkonferens 2009 var den nya specialisttjänstgöringen för reumatologi.

Sammanlagt 40 personer stod på deltagarlistan, när man traditionsenligt träffades i Stockholm under början av oktober. Konferensen genomfördes i en familjär och engagerad anda präglad av prestigelösa och omfattande diskussioner.

Moderatorer för mötet var Roger Hesselstrand som representerade studierektorena, Kajsa Öberg som representerade ST-läkarna samt Tomas Bremell som representerade själva verksamheten.

En välutbildad reumatolog är resultatet av ett livslångt lärande, påpekade Tomas i sitt välkomstanförande.

– Man är alltså inte färdig när man är nyutbildad specialist, förtydligade han.

– Vi måste ha en samsyn över hur vi ser på meritering. Jag hoppas att den här konferensen kommer att bidra till det.

Ny ST

Det har varit en positiv utveckling när det gäller antalet ST i reumatologi. År 2004 var det sammanlagt 62 ST-läkare, och 2009 är det 89 stycken.

– Men när det gäller antalet nya specialistbevis som utfärdats, var 2008 sämst – det året var det bara 9. År 2001 och 2003 var det dubbelt så många. Det reflekterar en sämre rekrytering under slutet av 90-talet, fortsatte Tomas.

Var finns då dessa 89? Majoriteten (60 st) är på universitetssjukhus, 23 på läns-

sjukhus, 3 på länsdelssjukhus samt 3 på Spenshult, konstaterade han och lämnade sedan över ordet till Roger Hesselstrand. Han berättade om den nya ST-utbildningen för reumatologer.

– Det är inte innehållet som ändrats så mycket, utan istället hur man ska *åstadkomma* det, konstaterade Roger inledningsvis.

Den nya ST:n började gälla år 2008. Den förutsätter att handledaren går en handledarutbildning, samt att ST-läkaren utsätts för en *fortlöpande* bedömning. För ST-läkaren är också ordet dokumentation ett nyckelord, påpekade Roger.

– Det man inte har dokumenterat, har helt enkelt inte skett!

Dokumentationen kan ske på två sätt: Antingen genom att man ser till att spara alla papper – eller så kan man lägga upp den på webbaserade www.kompetenssportfoljen.se.

Diskussion

ST-kontraktet ska förutom att innehålla ett åtagande, även definiera övergripande mål, genomförande – hur detta ska gå till – en kompetensvärdering, samt en ansvarsfördelning.

Roger ställde ett antal frågor:

– Ska det vara en gemensam utformning av kontrakten? Och i så fall – på nationell eller regional nivå? Eller universitetssjukhus kontra länsjukhus – eller ska de vara en lokal angelägenhet? Ska SRF verka för att organisera en blankettbank?

– Vad tycker ni, frågade Roger och lämnade ordet fritt.

Det blev en intensiv diskussion. Här följer några kommentarer:

– Det är bra med nationella riktlinjer.

– På vissa håll tar man fram gemensamma kontrakt för *alla* specialiteter, vilket skapar problem.

– Det är även problem med den juridiska hållbarheten på dessa kontrakt.

– Verksamhetschefen har inte rätt att ”teckna firman”, och det kan också skapa problem.

Roger kommenterade den ansvarsfördelning som är upprättad i kontrakten.

– Det kan vara bra att kunna ta fram t.ex. *vem* som skall se till att handledarsamtalen blir genomförda, sa han.

Bernhard Grewin tryckte i diskussionen på vikten av att se till att ta fram ett *bra* kon-



Kajsa Öberg, Tomas Bremell och Roger Hesselstrand.

trakt, eftersom det då specificeras vad utbildningen ska innehålla.

– Så att man inte efter fem år upptäcker att det saknas något som tar lång tid att genomföra, påpekade han.

Bernhard tillade att på Karolinska är kontraktet och utbildningsplanen samma dokument, men att dessa naturligtvis kan vara separata om man vill det.

Diskussionen varade en god stund. Samtliga verkade vara eniga om att tanken på en blankett/dokumentbank på SRF:s hemsida var en god idé.

Checklistor

Kajsa Öberg, ST-läkarnas representant i SRF:s styrelse, tog hjälp av två ST-kollegor – Saedis Saevarsdottir och Ragnar Ingvarsson – för att i en paneldiskussion beskriva hur det är att göra ST i reumatologi.

De inledde med att diskutera handledarsamtalen – vilka strukturer dessa följer. Handledaren är den yngre doktors coach in i specialiteten, konstaterade de.

– Handledningen ska inte bara gå ut på att pricka av kunskap. I Norge heter det ”vägledning” i stället – det är kanske ett bättre ord, var en kommentar.

– Handledaren ska göra den *kontinuerliga* bedömningen av utvecklingen. Då är det bra med en checklista, ansåg en deltagare.

– Handledning och instruktion är inte samma sak, och vi måste hjälpa till att få in det i ryggmärgen hos våra kollegor, hävdade en tredje.

Diskussionen om hur handledning ska gå till och vad den ska innehålla pågick

också en god stund. Checklistor var ett ord som förekom flitigt i debatten.

– De ger trygghet om man använder dem som grund, men samtidigt ser till att man använder handledningen till att diskutera hur man utvecklas i läkarrollen, påpekade en deltagare.

– Men hur fungerar ST-läkarens kontakter med patienterna? Det är en viktig fråga som *inte* finns med på checklistor, inövande en annan.

Bör ta egna initiativ

Ledarskap som en viktig del av handledningen poängterades också i diskussionen.

– Det är viktigt för vår specialitet att vi förstår det politiska spelet – för få läkare

kan det! Därför måste man ta höjd på ledarskap i ST-utbildningen, menade en deltagare.

Kajsa frågade de handledare som var närvarande vad de ansåg *inte* fungerade bra idag.

– Sidotjänstgöringarna. Dessa är ibland svåra att komma ut på och innehållet motsvarar inte alltid de krav målbeskrivningen ställer, svarade en av dem.

Under diskussionen poängterades ST-läkarens eget ansvar för sin utbildning med gott stöd av sin handledare.

Kajsa avslutade med att fråga Saedis och Ragnar i panelen att om de fick önska sig något – vad skulle det i så fall vara?

– En lärande organisation – utbildning integrerad i det vardagliga arbetet, som lunchmöten etc, svarade Ragnar.

– Jag håller med. Jag önskar också mer *kontinuerlig* kritik – inte bara negativ, svarade Saedis.

Vetenskapligt arbete

Forskningens roll i ST var eftermiddagens första programpunkt. Ingrid Lundberg inledde med att presentera definitioner på det vetenskapliga arbete som ingår i ST-utbildningen.

När det handlar om omfattningen bör detta arbete enligt Läkärförbundets och Läkaresällskapets gemensamma rekommendation omfatta minst 10 veckor under hela ST-tiden. Det kvalitetsarbete som anses utgöra ett självklart inslag i det ständigt pågående förbättringsarbetet inom en verksamhet, inkluderas *inte* tidsmässigt i detta – men kursmoment och ämnesområde kan vara gemensamma, konstaterade Ingrid.



Tomas Weitoft, Helena Hellström och Ingrid Lundberg.

– Målet med det vetenskapliga arbetet är att lära sig att kritiskt granska och värdera nya medicinska rön, för att på ett ändamålsenligt sätt kunna utnyttja dessa för patientens – och samhällets – bästa, fortsatte hon.

Fast inslag på Riksstämman?

Helena Hellström (från Falun) och Tomas Weitoft (från Gävle) gav därefter varsin bild av hur det vetenskapliga arbetet under ST fungerar i praktiken ute på länsjukhusen.

Inställningen ute på dessa sjukhus till forskning och vetenskap är positiv, men det fattas resurser, berättade de.

I den efterföljande diskussionen debatterades ånyo handledarens roll. Denne ”bör vara” forskarutbildad, slog man fast.

– Det är stor skillnad i hur mycket tid man lägger på arbetet i de olika landstingen. Det varierar mellan fyra veckor och tre månader. Därför vore det nog bra om vi enas om en lämplig tid, sa Roger.

Förslaget skulle i så fall handla om en *minimivå* som gärna får överskridas, men inte underskridas.

Ingrid ansåg att det vore bra om SRF kunde komma med ett sådant förslag till årsmötet.

En deltagare kom med förslaget att man skulle kunna ordna en programpunkt på Riksstämman där ST presenterar sina olika projekt för varandra.

För- och nackdelar med forskning

Forskningen stod i centrum även för nästa programpunkt.

– Hur ska man koordinera ST med forskning, frågade Johan Bratt och introducerade Anna-Karin Hultgren Ekwall från Göteborg. Hon har en forskar-ST-tjänst, dvs. hon forskar på 50% och har klinisk tjänstgöring på 50%. Anna-Karin är även ordförande i Junior Faculty Rheumatology.

Hon inledde med att citera Läkarförbundets forskningspolitiska program från 2007 där målsättningen är att en tredjedel av läkarna ska vara forskarutbildade.

Anna-Karin fortsatte med att redogöra för hur forskar-ST på SU är organiserad: Det handlar om forskning på 50% under max fyra år, man söker på sina forskningsmeriter och är tillsvidareanställd i Västra Götaland-regionen.

– Respektive klinik står sedan för den kliniska delen av ST, sa Anna-Karin och beskrev sedan den aktuella situationen för forskar-ST på reumatologen på SU.

– Vi har en bra spridning – det finns ST på alla nivåer, berättade hon.



Ann Knight, Johan Bratt och Anna-Karin Hultgren Ekwall.

Fördelarna för individen är flera – varierande arbetsuppgifter, samarbete med många yrkesgrupper och egen fördjupad kompetens. Kliniken får forskningskompetens knuten till sig och pedagogiskt utbildade läkare.

– Forskning är en av flera olika läkar-kompetenser som *behövs* inom hälso- och sjukvården, konstaterade Anna-Karin.

Kurser vid rätt tidpunkt

Ann Knight redogjorde för forskning under ST på Reumatologen på Akademiska sjukhuset i Uppsala: Man diskuterar forskningsintresset redan under intervjun vid blocktillsättning, men i princip ska man göra ett års klinisk tjänstgöring på reumatologen innan man får forskningstid. Den exakta tiden avgörs av tidigare klinisk erfarenhet och pågående forskning.

– Det är ett givande och tagande. Absolut rättvisa är svårt att uppnå, sa Ann.

Johan Bratt berättade om upplägget på Karolinska.

– På flera universitetssjukhus får man specialistlön efter fem års forskar-ST men inte på Karolinska vilket är ett stort problem.

Kajsa och Roger presenterade vad de själva kallade ett ”axplock” av kurser som man ska gå under ST. De poängterade vikten av att dessa kommer i *rätt tid* av ST-tjänstgöringen.

– Det ska inte vara en artrit-kurs det sista året, utan den ska komma under det *första*. Det är de mer smala och snävare områdena som ska komma under slutet av ST, sa Roger.

Tomas Bremell kommenterade att om man inte får IPULS-finansiering av en kurs, kan man genomföra den med hjälp av ett läkemedelsföretag som går in och sponsrar densamma.

Onlinekurser diskuterades också. Men Bernhard Grewin påpekade att de ska vara ett komplement.

– De får aldrig ersätta SK-kurserna! Vi får inte glömma att själva *mötet* mellan de olika deltagarna är halva kursen, ansåg Bernhard.

Rekrytering från andra specialiteter

Även om Tomas inledande siffror om att det blir fler ST i reumatologi är glädjande, så räcker dessa ändå inte till. Länssjukhusen har dessutom betydligt svårare att rekrytera kompetens, jämfört med universitetssjukhus, konstaterade Roger.

Bozena Möller presenterade situationen på Sunderbyns sjukhus i Norrbotten.

– Vi har aldrig haft problem att rekrytera, avslöjade Bozena.

Att de förhåller sig så har flera orsaker, fortsatte hon.

– Vi har eldsjälur som klinikchefer, ett bra arbetsklimat och en bra klinikstruktur där man vågar förändra och där man är lyhörd för idéer och förändringsarbete.

Reumatologen på Sunderbyn har lyckats att rekrytera specialister från andra områden, t.ex. primärvården, som utbildat sig till specialister i reumatologi.

Åsa Häggström, Kalmar, berättade att de i Kalmar ska vara tre specialister, men i dagsläget bara är två – samt en ST.

Samtliga ST i allmänmedicin och ST-lä- ➔



Åsa Häggström



Bernhard Grewin



Saedis Saevarsdottir



Ragnar Ingvarsson

kare på medicinkliniken randar sig på reumatologen i Kalmar.

– Vår rekryteringsbas är nästan uteslutande ST-läkare från andra specialiteter, avslöjade Åsa.

Hon tillade att när man är underbemannad blir det lätt så att man klagat hela tiden.

– Men det är viktigt att man inte gör det – för det är *inte* rekryterande!

Ordentlig presentation under AT

Så vad skall krävas av annan specialist för att bli reumatolog? Roger hade tittat på vad internmedicinare har i sin utbildning och sedan jämfört med vad som är angränsande i målbeskrivningen för reumatologi. Han hade funnit vissa likheter – och naturligtvis även skillnader.

– Det handlar gissningsvis om 2–3 år. En internmedicinare behöver mellan 1,5 och 2,5 år reumatologi och 0–0,5 år i reumatologisk sidoplacering – beroende på tidigare tjänstgöringar, var hans bedömning.

En kommentar från en deltagare gick ut på att reumatologin måste *presenteras* redan för AT-läkarna. Dessa ser annars ofta ”patienter i rullstol med krökta fingrar som man egentligen inte kan göra så mycket åt” framför sig.

Sidotjänstgöringar

Bernhard Grewin hade också beräknat hur lång tid en internmedicinare behöver för att bli reumatolog, och då kommit fram till ungefär samma tid som Roger.

– Men en allmänmedicinare behöver kanske maximalt 3,5 år, uppskattade han.

Bernhard fortsatte med att jämföra huvud- och sidoutbildningarna i de gamla rekommendationerna med de nya förslagen. De skiljer sig åt på så vis att man utökat tiden för reumatologi från 2,5 år till 3. Minskningen sker inom internmedicin som hade 2 år och nu alltså 1,5 istället. Sidoutbildningen i reumatologi ligger kvar på 0,5 år.

– Huvudutbildningen är som den är. Vi säger att man bör göra åtminstone mellan ett halvt till ett år på regionsjukhus, konstaterade Bernhard.

Sidoutbildningar för reumatologi som rekommenderas i målbeskrivningens utbildningsstruktur är främst infektion, hud, neurologi och immunologi, men kan även omfatta rehab, handkirurgi och ortopedi.

Se varandras målbeskrivningar

Krav och utvärdering ska naturligtvis ställas även på sidoutbildningarna. De omfattar bl.a. en på förhand utsedd handledare på den externa enheten, planeringssamtal, mittuppföljning samt avslutande värdering och bedömning – även för en tremånaders tjänstgöring.

– Så frågan är om det är genomförbart? Svaret är ja! Det går, och det ska vi också *kräva* för att de ska bli väl omhändertagna och utvärderade, slog Bernhard fast.

Han påpekade också att det är viktigt att *internmedicinarna* ska se *reumatologernas* målbeskrivning – så att de vet vad reumatologerna ska se och göra när de är på internmedicin.

– Vi måste också göra samma sak för de ST-läkare som randar sig hos oss, kommenterade en deltagare.

Dessutom ska även ST-läkaren utvärdera kliniken där sidotjänstgöring sker, påpekade Roger och visade ett förslag till blankett för detta. Tomas Bremell föreslog att man ska lägga den – tillsammans med annat relevant material – i en särskild ST-bank på SRF:s hemsida.

Socialstyrelsens fyra redskap

Höstkonferensens andra dag inleddes med att Bo Lindblom och Thomas Wiberg från Socialstyrelsen redogjorde för de regler och förordningar som styr ST-utbildningen, sedda ur ett myndighetsperspektiv.

– Det är fantastiskt att ni ägnar två dagar åt ST. Ni är ett föredöme för andra, ansåg Bo.

Han fortsatte med att påpeka att när det handlar om grundutbildningen, så har SoS inte så mycket med den att göra. Det är främst Högskoleverket som har ansvaret. Men med AT och ST har de ett tydligt mandat.

– SoS har fyra redskap: Det första handlar om normgivning – främst via föreskrifter. Det andra är tillsyn, det tredje är kunskap – det rör sig om uppföljning, utvärdering och riktlinjer. Det fjärde är myndighetsuppgifter – legitimation, specialistbevis etc, förklarade Bo.

Ny översyn av specialistindelningen

Dessutom finns sedan 2006 Nationella rådet för ST-frågor, där Bo är av regeringen utsedd ordförande. Rådet är rådgivande till Socialstyrelsen (SoS) i uppdraget att stödja huvudmännen för att uppnå hög kvalitet på läkarnas specialiseringstjänstgöring.

ST-rådet ska bl.a. bistå SoS med att utarbeta målbeskrivningar, främja utbildningen av handledare och bistå SoS i frågor om enskilda läkares kompetens i förhållande till målbeskrivningar.

Det finns bara två tidsangivelser i hela målbeskrivningen: Minst fem års tjänstgöring krävs för specialistbevis samt högst sex månaders tillgodoräknande av disputation. Allt övrigt är målstyrt.

Även Bo tog upp föreskriften om skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

– Här gäller det att hitta en ”lagomnivå”. Observera att det finns *inget* krav på att det sedan ska publiceras eller offentliggöras, sa Bo och klargjorde därmed en punkt som diskuterats flitigt under mötets första dag.

Han avslöjade också att en översyn av själva specialistindelningen kommer att påbörjas, dock tidigast 2010.

– Vi ska göra det ambitiöst. Vi ska vrida och vända på det – ur sjukvårdens synpunkt, ur professionens synpunkt samt även göra en internationell utblick.

Att kontrollera innan utlandstjänstgöring

Thomas Wiberg beskrev sedan själva arbetsgången för en ansökan om specialistkompetens. Efter att ha redogjort för vad en sådan ska innehålla, fortsatte han mer detaljerat med att beskriva den externa bedömarens roll.

– En extern bedömning ska omfatta en prövning om tjänstgöringar, och intygande lärarmetoder, för de olika delmålen i målbeskrivningen varit relevanta för att uppnå de *samlade* kompetenskraven och delmålskraven, förklarade han.

Thomas fortsatte med att redogöra för hur själva tiden ska räknas. Bland annat påpekade han att om tjänstgöringen fullgörs på deltid, ska den förlängas så att den *sammanlagda* tiden motsvarar heltid under minst fem år.

– Det finns frågor och svar kring detta samlade på SoS hemsida, tillade han.

Det blev diskussion om hur harmoniseringen med andra EU-länder i detta avseende fungerar i praktiken. Utländska ST-läkare som vill åka tillbaka till hemlandet en period – och naturligtvis även svenska ST som vill arbeta utomlands – kan få problem med intygen de får där. De måste vara utformade så att de blir godkända av SoS.

– Det gäller att man tar reda på vad som krävs innan man far iväg, påpekade Roger.

– Dessutom måste den internationella tjänstgöringens innehåll vara godkända av handledaren och verksamhetschefen i förväg. Det är ju de som ska intyga hela rasket sedan, kommenterade Bernhard.

Självklart att bli bedömd

Tomas Bremell redogjorde för styrelsens arbete med regionala ST-studierektorer – deras funktion, status och support.

– Det innebär ett ökande ansvarstagande för regionsjukhusen. I styrelsen märkte vi att statusen för studierektorn var lite olika runt om i riket, så vi satte ihop en arbetsbeskrivning, fortsatte han. (*Läs mer om detta på annan plats i denna tidning, reds anm.*)

ST-läkare Ragnar Ingvarsson höll ett uppskattat föredrag om hur den ideala handledaren skall vara.

– Han eller hon ska vara en guide – det viktigaste är kanske att han/hon är en förebild – inte en lärare i traditionell mening. Handledaren ska istället visa *var* man kan hitta information, så att man kan lösa sina problem själv, summerade Ragnar.

En fråga Ragnar fick var hur han upplevde det att han blev *bedömd* av sin handledare – är det en fördel eller en nackdel?



Thomas Wiberg och Bo Lindblom.

– En fördel. Jag *vill* ha en bedömning hela tiden, svarade han.

– Man *vet* att man blir bedömd – det är så självklart för oss från första dagen, så man tänker inte på det, kommenterade Kajsa Öberg.

Den så omdiskuterade checklistan är också till för att man ska kunna se vad som *inte* är möjligt att uppnå för ST-läkaren med den organisation som finns på kliniken – och därför är något som man måste göra något åt, påpekade Carl Turesson.

Lär som man blivit lärd

Roger beskrev funktionen med ett handledarkollegium. Det är till för att diskutera ST i allmänhet, för att diskutera och bedöma enskilda ST-läkare samt inspirera och vägleda varandra i handledarrollen.

– Jag tror att det är en bra idé, och att många ST-läkare faktiskt *efterfrågar* bedömning, sa han.

Roger tillade också om handledarsamtals utformning.

– De bästa handledarsamtalen är de som verkligen blir av, sa han.

– Det kan vara bra att betrakta sig *själv* först. Så som man blev lärd, så lär man. Därför vill jag antagligen handleda så som jag själv en gång blev handledd!

Externa granskare

Bernard Grewin informerade om den nya SPUR-ordningen som infördes våren 2009. Han kunde berätta att han själv bedömt två platser under hösten enligt det nya protokollet.

– Det nya är att vi granskar medicinsk vetenskap, kvalitetsarbete, ledarskap och kommunikation, förklarade han.

Rapporteringen omfattar en preliminär muntlig rapport som avslutar inspektionen, en full textrapport som omfattar 3–5 sidor och en sammanfattande rapport på en sida med slutsatser, styrkor, svagheter och förbättringsmöjligheter.

SoS har numera externa granskare för

intyg av specialistbevis. SRF har utsett Tomas Husmark från Falun och Agneta Uddhammar från Umeå som granskare för reumatologi. Den externa granskaren får *inte* ha någon kontakt med den ST-läkare det handlar om. Båda granskarna skall gemensamt granska varje ansökan.

– Det är SoS som äger frågan – det vi ger är rekommendationer, påpekade Tomas.

Externa granskarens yttrande kommer att vara en offentlig handling. Tomas såg att problem med jävsituation kan komma att uppstå:

– Eftersom vi bara är två, kan vi inte arbeta med någon som kommer från *våra* sjukhus!

Handlar om reumatologins framtid

Därmed var SRF:s höstmöte 2009 till ända. Ett möte vars innehåll uppenbarligen engagerade många, eftersom debatten under dessa två dagar var konstant.

– Meningens var att vi skulle ventilera olika frågor för att få en samsyn inom svensk reumatologi i hur man ser på handledning, det vetenskapliga arbetet, utbildningstid och meritering från andra specialiteter. Vi ville också ha myndighetens synpunkter, summerade en nöjd Tomas Bremell efteråt.

– Det vi har gjort här under två dagar är att vi har informerat varandra och synkroniserat oss med varandra. Alla vet *mer*. Vi kommer att ta initiativ efter dessa diskussioner, sa Roger som avslutning på mötet.

– Som representant för ST-läkarna i reumatologi, vill jag verkligen tacka för dessa dagar – och att alla ni som är här ställde upp, sa Kajsa.

Tomas var också glad över att mötesdeltagarna hade bra geografisk spridning. Endast fem landsting saknades i Stockholm.

– Det här handlar om svensk reumatologis framtid – det är ju de som gör sin ST idag som en gång ska ta över!

PER LUNDBLAD

Alla vägar bär till Reuma

I samband med nationella ST-läkardagar i reumatologi och SK-kurser har vi haft förmånen att stifta bekantskap med många blivande reumatologer. Det dominerande och bestående intrycket är att det på individnivå ser ljust ut. Framtidens reumatologer kommer att kännetecknas av terapeutisk djärvhet i kombination med ett gott omdöme, hög social kompetens i kombination med stor arbetsvilja och inte minst av optimism inför den framtida yrkesrollen. Däremot kvarstår intrycket av att vi inte riktigt når upp till det antal nya specialister vi behöver. Vi måste vara mer offensiva i vår rekrytering.

Basen för rekrytering är redan bred. Talesättet alla vägar bär till Rom kan i detta sammanhang översättas till alla vägar bär till Reuma. Internmedicin, immunologi, ortopedi och rehabilitering är klassiska vägar till reumatologin. Landvinningar inom kärlimmunologi, algologi och infektionsmedicin har de senaste åren breddat denna bas ytterligare, både för kliniker och forskare.

Det känns gott att vara en egen basspecialitet men självklart vill vi också tillvarata kompetens från andra fält. På denna sida kan ni läsa korta intervjuer med sex stycken blivande reumatologer som var

och en redovisar varför de vill bli reumatologer, samt för andra erfarenheter under ST. Till dessa och alla andra ST-läkare i reumatologi vill vi säga välkomna till en specialitet med stora kontaktytor med andra specialiteter men också med egen spjutspetskompetens.

ROGER HESSELSTRAND
Utbildningsansvarig

KAJSA ÖBERG
Yngreläkarrepresentant

Karin Hjorton, Uppsala

Varför blev det just reumatologi?

Jag började först med internmedicin men ville fördjupa mig i något. Funderade på infektion och neurologi men fastnade för reumatologi under min sidotjänstgöring. Reumatologi framstod som väldigt roligt och immunologin lockade mig.

Varför bli dubbelspecialist?

Jag ser stor nytta av breda kunskaper i internmedicin både när jag är på mottagningen och på avdelningen. Jag har börjat intressera mig för Wegeners granulomat. Det är bra med internmedicinska kunskaper för att kunna värdera svårighetsgraden av organpåverkan.



Jón Thorkell Einarsson, Lund

Varför blev det just reumatologi?

Jag valde bland de icke opererande specialiteterna. Det som lockade med reumatologi var spännande systemsjukdomar, fungerande behandlingar och att hela åldersspannet fanns bland patienterna.

Varför bli dubbelspecialist?

Av tradition är alla reumatologer på Island dubbelspecialister. Jag tror man kan ha fler alternativ på arbetsmarknaden om man har bägge specialiteterna.

Varför valde du att utbilda dig i Sverige?

Sverige har gott rykte på Island. Många jag känner har gjort delar av sin specialisttjänstgöring här. Både kulturen och forskningsklimatet tilltalar.



Elpida Mina, Spenshult

Varför blev det just reumatologi?

Min handledare under AT var reumatolog och jag blev fascinerad av dessa diagnoser. Efter AT i Aten fick jag ST i onkologi i Nicosia. Jag såg paralleller i både diagnostik och behandling mellan onkologi och reumatologi men kände mig allt mer lockad av den numera bättre prognosen vid de reumatiska sjukdomarna.

Varför valde du att utbilda dig i Sverige?

När jag sökte på Internet noterade jag hur framstående de skandinaviska länderna var inom reumatologi. Min handledare uppmanade mig när jag funderade på att söka ST i Sverige.



Annica Nordin, Stockholm

Varför blev det just reumatologi?

Under AT träffade jag en entusiastisk reumatolog, Milad Rizk, som inspirerade mig. Jag kände att det var en specialitet som kunde passa mig.

Hur bar du dig åt för att få ST?

Jag vikarierade först under ett halvt år och fick därefter ST.

Hur är det att kombinera ST i reumatologi med forskning?

Det fungerar bäst när man är på sin hemmaklinik. Visserligen förlänger det ST men det gör också att man lättare hinner med olika moment under själva ST.



Jonas Andersson, Karlskrona

Varför funderar du på reumatologi?

Jag är färdig internmedicinare om några månader och skulle vilja bli dubbelspecialist. Reumatologin innehåller både spännande diagnoser och behandlingar. Jag gillar att man kan ta hand om både unga och gamla patienter.

Varför bli dubbelspecialist?

Reumatologiska patienter är inte sällan multisjuk. De har en ökad risk för både kardiovaskulär sjuklighet och maligniteter varför en bred kunskapsbas är en fördel.



Catharina Lindholm, Göteborg

Varför blev det just reumatologi?

Jag disputerade på Helicobacter pylori och slemhinneimmunologi. Därefter ville jag bli antingen infektionsläkare eller reumatolog för att få nytta av mina kunskaper från forskningen.

Är det bra att kombinera ST i reumatologi med forskning?

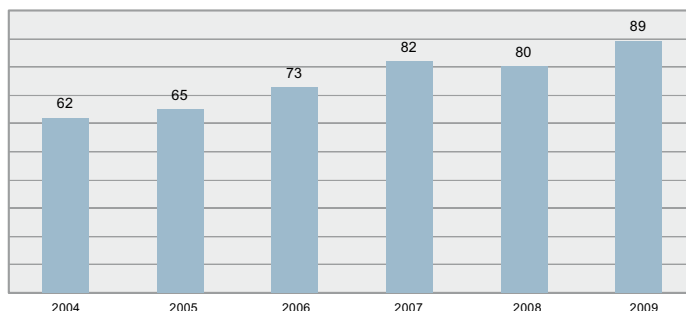
Jag har haft ett forskar-ST med halvtid klinik och halvtid forskning. Det har fungerat bra för jag har hela tiden kunnat driva mina forskningsprojekt och jag har fått en djupare förståelse för bägge perspektiven vilket lett till många nya idéer. Man tappas kanske lite fart i jämförelse med dem som gör något på heltid, men det har det varit värt. Det är en mycket rolig blandning med både forskning och klinik.



ST-utbildning i reumatologi i Sverige idag

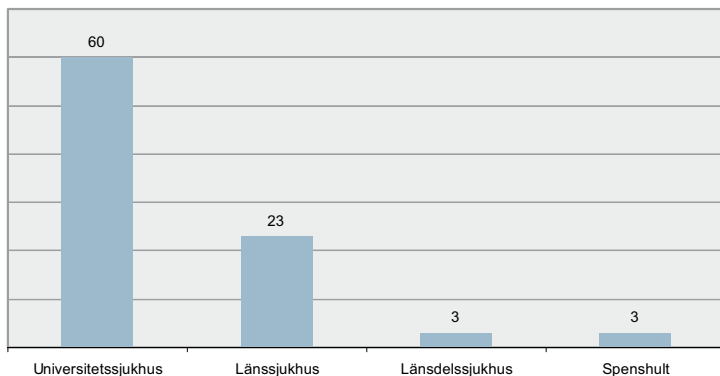
Specialistutbildningen i Sverige i reumatologi försiggår på ca 30 enheter runt om i landet. Antalet ST-läkare har ökat kraftigt under de senaste fem åren – från 62 (år 2004) till 89 (år 2009). Se figur.

Antal ST-läkare i reumatologi i Sverige



Var finns ST-läkarna?

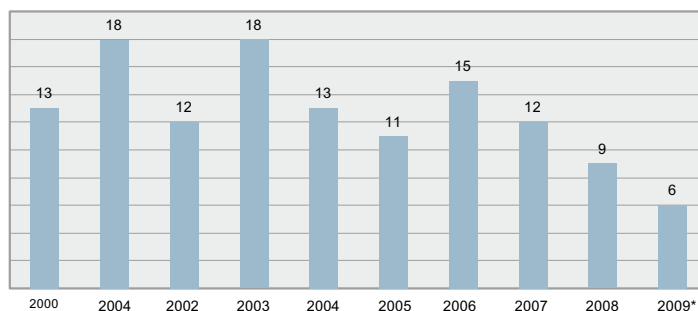
(antal ST-läk på Universitetssjukhus, länssjukhus, länsdelssjukhus och Spenshult 2009)



ST-utbildningen i reumatologi sker framförallt på universitetssjukhusen. Här finns 60 av ST-läkarna medan 23 finns på länsjukhusen. Se figur.

Vi ser en minskning av uttagna specialistbevis under de senaste åren troligen till följd av en svacka i rekryteringen i början av 2000-talet – se figur.

Antal nya reumatologspecialister/år (SoS)



* = t.o.m 2009-06-30



Pottholtz funderingar enligt Tomas Weitoff

Det diagnostiska provet – efter fem år

Sedan 2005 har SRF tillsett att ST-läkare i reumatologi har kunnat skriva ett frivilligt diagnostiskt prov. Formerna för detta har i stort sett varit desamma under dessa år. Tillverkan av provet har ambulerat mellan regionklinikerna som lagt ner ett avsevärt arbete för att skriva ihop lämpliga frågor.

De två senaste åren har provet bestått av tre delar. 20–30 kortsvarsfrågor motsvarar slumpmässigt stickprov ur olika ämnesområden. Även om dessa frågor en och en framstår som synnerligen smala, ger de ändå sammantaget en god bild av ST-läkarens förmåga att redogöra för teoretiska kunskaper. Frågorna speglar även vad vi reumatologer tycker att en blivande reumatolog bör behärska. Två MEQ-frågor (modified essay question) innehåller dels rena kunskapsfrågor, men är framför allt ett prov på ST-läkarens förmåga att i teorin driva en hel utredning och ta ställning till diagnos och behandling. En vetenskaplig artikel med efterföljande frågor syftar till att utvärdera ST-läkarens förmåga att kritiskt granska vetenskaplig litteratur.

På en 5-gradig skala, där 1=instämmer ej och 5=instämmer helt, rankade ST-läkarna påståendet **Innehållet var relevant** med 3,2; 4,2 och 3,6 för kortsvarsfrågor, MEQ-frågor respektive artikelfrågor. Deras handledare rankade samma frågor med poängen 3,8; 4,2 och 3,6.

FÖR ATT FÖLJA HUR MAN som ST-läkare utvecklas i teoretiska ämnen är det eftersträvansvärt att proven har samma svårighetsgrad från år till år. På en 5-gradig skala där 1=för lätt, 3=adekvat svårighetsgrad, 5=för svårt, fick provet i år 3,6 av ST-läkarna och 3,8 av handledarna.

Det har inte varit praktiskt möjligt för alla att ska skriva samtidigt. Däremot har vi i förväg bestämt att provet ska skrivas en viss vecka. Studierektorerna, som är centrala i stora delar av de praktiska arrangemangen, har tillsett att provet kopierats upp och att så många som möjligt skrivit samtidigt.

Provet rättas av handledarna. Det finns således ca 45 olika rättare vilket medför att olika individers prov inte är helt jämförbara med varandra.



DET HAR INTE SKETT någon nationell insamling av resultaten, men på vissa ställen har ändå försök gjorts att analysera resultaten på individ- och gruppnivå. Vi har på gruppnivå inte sett någon korrelation mellan antal år som ST-läkare och resultat på skrivningen. Däremot ser man på individnivå att poängen stiger från år till år.

Vi för diskussioner kring om allas resultat skulle rapporteras in anonymt enbart för att kunna räkna ut ett riksmedelvärde som för den enskilde ST-läkaren skulle kunna tjäna som jämförelse till det egna resultatet. Någon tyngre användning kan denna jämförelse inte få eftersom provet skrivs vid olika tidpunkt, har lite olika svårighetsgrad och rättas av olika personer.

CENTRALT I SAMMANHANGET är den s.k. genomgången som ST-läkaren ska ha med sin handledare. Man ska diskutera resultatet, enskilda frågor och använda provet för att identifiera styrkor och svagheter i sina kunskaper och eventuellt även justera utbildningsplanen om så behövs. Denna genomgång upplevs som mycket värdefull av både ST-läkare och handledare. På en 5-gradig skala, där 1=instämmer ej och 5=instämmer helt, rankade både ST-läkarna och handledarna påståendet **Genomgången var värdefull** med poängen 4,8.

Det går åt en hel del tid för att tillverka, distribuera, skriva, rätta, utvärdera, gå igenom och sammanfatta provet. Trots detta vill en mycket stor majoritet av dem som skriver att det ska fortsätta.

Syftet med det diagnostiska provet är således att ST-läkaren ska kunna utvärdera sina teoretiska kunskaper, se hur dessa utvecklas från år till år, och tillsammans med handledaren identifiera eventuella kunskapsluckor och dessutom tjäna som inlärningsmoment.

SLUTLIGEN VILL JAG återigen poängtera att både ST-läkarna och handledarna gav själva genomgången av provet betyget 4,8 på en 5-gradig skala. Denna genomgång representerar en minimal arbetsinsats i jämförelse med den tid som läggs på att tillverka, skriva och rätta provet, men är synnerligen värdefull och får inte försummas. Under 2010 kommer det diagnostiska provet att skrivas under vecka 12, så de flesta har två, kanske tre månader på sig att rätta och gå igenom provet med sin ST-läkare. Det är dessutom ganska trevligt, varje år lär mina ST-läkare mig nya saker utan att de vet om det.

ROGER HESSELSTRAND
Utbildningsansvarig

Professionens bedömning viktigare vid godkännande av ny specialist!

Tidigare har ett tungt ansvar för att godkänna en blivande specialist vilar på verksamhetschefen. Denne har ibland haft incitament både för att fördröja och skynda på en specialistutbildning. Socialstyrelsen som ska godkänna ansökan har stått för matematiken där tjänstgöringsmånaderna adderats till varandra utan att man kunnat ha någon större insyn i vad som döljer sig bakom dessa siffror. Därför har Socialstyrelsen själv önskat närmare samarbete med professionen i denna fråga för att vi tillsammans ska kunna skapa ett bra arbetssätt.

Nya ST innebär även en starkt förbättrad kvalitet avseende granskningen av ansökan om specialistkompetens. Socialstyrelsens ansvar är väsentligen oförändrat, men professionen är nu mer delaktig. Efter nominering från SRF har socialstyrelsen utsett Agneta Uddhammar, Umeå och Tomas Husmark, Falun till s.k. externa granskare. Varje ST-läkare som utbildas till reumatolog kommer att få sin ansökan bedömd av dessa två.

FÖRÄNDRINGAR SKAPAR OFTA ORO. I detta fall verkar det dock som om oron är obefogad. På frågan om hur detta ska gå till svarar Bo Lindblom, ordförande i Nationella rådet för ST-utbildning på Socialstyrelsen:

– Vi är bara tjänstemän. Bedömningen görs bäst av representanter för professionen, som känner de lokala förhållandena. I de flesta fall blir det inga problem.

Man kan inte annat än hålla med. Vi är en liten specialitet, känner varandra vid namn och vet ganska väl hur verksamheten är organiserad på de olika enheterna.

THOMAS WIBERG, TJÄNSTEMAN på Socialstyrelsen berättar vidare:

– När man blivit godkänd är man specialist från och med det datum då ansökan, eller ev. kompletteringar kom Socialstyrelsen tillhanda. Det kommer att finnas flera små skillnader mot tidigare bestämmelser, t.ex. kan man inte längre tillgodoräkna sig föräldradagighet som fullgjord tjänstgöring.

Thomas Wiberg hänvisar till Socialstyrelsens hemsida där mängder av frågor



Bo Lindblom

Thomas Wiberg

Tomas Husmark

finns besvarade under rubriken **Frågor och svar**.

TOMAS HUSMARK, EXTERN GRANSKARE för specialistbevis i reumatologi berättar:

– De externa granskarna kommer aldrig att kommunicera direkt med den sökande utan detta sker genom Socialstyrelsens representanter som begär in kompletteringar av intyg etc. Samtantaget skickas ca 1500–2000 ansökningar om specialistkompetens in varje år, varav knappt 20 inom reumatologin. Rent praktiskt går det till så att Socialstyrelsen får ansökan från ST-läkaren och granskar den avseende äkthet och omfattning. När ansökan är komplett skickas den till de två externa granskarna. Vi har tre veckor på oss att skriva ett utlåtande som ägs av Socialstyrelsen och blir offentlig handling. Efter vårt utlåtande fattar Socialstyrelsen beslut.

VI FRÅGAR TOMAS hur han ser på sin roll.

– Detta är ett nytt uppdrag och det gäller att hitta arbetsformer som fungerar för att lösa granskningen. Den nya målbeskrivningen ställer nya krav på dokumentation och intygslämning och jag tror det är en fördel att jag varit med i arbetet att utveckla den nya målbeskrivningen för ST i reumatologi.

Tomas tror att det i de flesta fall inte blir några stora svårigheter att göra bedömningar.

– Eftersom det nu ställs krav på dokumentationen av vad man gått för utbildningar och vad man gjort för tjänstgöringar kan det bli enkelt. Dokumentationen kommer att visa om ST-läkaren har uppfyllt målbeskrivningen. Dokumentationen kommer förhoppningsvis dessutom ge ST-läkaren ett verktyg att arbeta strukturerat efter, samt att ha till sin hjälp t.ex. vid sidotjänstgöringar där man på ett tydligare sätt kan tala om vad man "fått" och vad man "behöver" kring t.ex. handledning, utbildning och andra moment.

Ett förutsägbart problemområde vi diskuterar är hur t.ex. utlandstjänstgöring ska värderas. Här kan det vara svårt att veta säkert att tjänstgöringen skett med bestämda mål som uppfyllts och att den skett under handledning.

VI I FÖRENINGEN KOMMER ATT arbeta för att nå samsyn mellan triaden SRF, som tagit fram målbeskrivningen tillsammans med de regionala studierektorerna, Socialstyrelsens externa granskare, som bedömer individen och SPUR-inspektörerna, som bedömer verksamheten. Om verksamheten fungerar som tänkt och ST-läkaren dokumenterar kommer ett godkännande av ansökan om specialistkompetens att vara ett okomplicerat expeditiönsärende.

ROGER HESSELSTRAND
KAJSA ÖBERG

Studierektorn – en tiokampare med flera starka grenar

Gunnel Nordmark har varit specialist i internmedicin sedan 1997. Då flyttade hon från Boden till Uppsala där hon blev specialist i reumatologi år 2000. Under de fem senaste åren har hon fungerat som regional studierektor för ST-läkare i reumatologi i Uppsala-regionen. Just nu finns 16 ST-läkare i regionen, varav fyra just i Uppsala. Regionen är geografiskt stor och omfattar förutom Uppsala även Gävleborg, Västmanland, Dalarna, Södermanland, Örebro och Värmland.

Hur gick det till?

– Tomas Bremell anordnade ett upptaktsmöte i Göteborg för alla nytillträdda ST-studierektorer. SRF gjorde en nysatsning på att det skulle finnas regionala studierektorer i reumatologi vid alla universitetssjukhus och att dessa skulle täcka in hela landet.

Liksom många andra studierektorer hade Gunnel en bakgrund som klinisk assistent. Hon trivdes med att undervisa läkarstudenter, men även undervisning av yngre kollegor lockade henne, särskilt när det handlade om att diskutera knepiga fall. Denna bakgrund, i kombination med en icke obetydlig organisatorisk och en viss social förmåga tror Gunnel var orsaken till att just hon blev tillfrågad om att bli studierektor.

Förutom de rent administrativa bitarna i uppdraget, vad gör du tillsammans med ST-kollektivet?

– Det vi började med redan 2004 var regionala ST-dagar, torsdag lunch till fredag lunch, initialt två gånger per år, men nu enbart på hösten eftersom Riks-ST ligger på våren. Fokus för ST-dagarna har alltid legat på patientfall, dels i pappersform men också patientdemonstrationer där vi förevisat och diskuterat intressanta fall. Det har varit mycket uppskattat och därför har ST-dagarna återkommit varje höst med samma koncept.

– Lokalt har ST-läkarna tillsammans med ST i internmedicin, en undervisningseftermiddag i månaden med olika ämnen. Detta organiseras av den lokale studierektorn i medicin men där har jag deltagit när det har varit reumatologi som ämne. Jag har under många år organiserat vår internutbildning på kliniken och däri-



Gunnel Nordmark

genom försökt tillgodose ST-läkarnas behov. Jag har även regelbundet föreläst på AT-introduktionsveckan i Uppsala för att försöka intressera AT-läkarna för reumatologi.

Gunnel och jag diskuterar ett gemensamt problem som ofta återkommer vid SPUR-inspektion av universitetskliniker. Man får dåliga poäng för lokaler och utrustning men problemet ter sig svårlöst. Gunnel poängterar vikten av att ha ett gott samarbete med både verksamhetschef och facklig representant för att ha en chans att från sjukhusledningen få gehör för denna fråga.

I SRFs förslag till uppdragsbeskrivning för studierektor står att denne bör ingå i klinikens ledningsgrupp. Hur tror du att det skulle kunna förändra ST-läkarnas situation?

– Jag tror det är en bra idé för att bevaka ST-läkarnas intressen. Sen är det en fråga om hur många uppdrag en och samma person kan ha. Jag har själv tackat nej till att sitta i ledningsgruppen då jag inte ansett mig hinna med det uppdraget.

Som regional studierektor i reumatologi träffar du dina kollegor från andra universitetssjukhus. Hur samarbetar du med andra studierektorer på ditt eget sjukhus?

– Vi har en mycket engagerad sjukhusövergripande studierektor som anordnar

informationsmöten omkring en gång per termin och håller oss underrättade om allt nytt per mail. Vid dessa möten träffar jag de andra studierektorerna och diskuterar problem och lösningar. Mest samarbetar jag med studierektorn i medicin som har ett ansvar lokalt för alla ST-läkare inom medicinfamiljen dit reumatologi hör i detta sammanhang.

Gunnel har inget extra lönetillägg för detta uppdrag utan ser det som en arbetsuppgift bland andra vilka ska fördelas rättvist bland läkarna. Självklart tar det en del tid, varav hälften är rent administrativt och hälften direkt med ST-läkarna.

Att vara studierektor är som att vara tiokampare, man ska vara bra på mycket. Vilken är din bästa gren?

– Den direkta undervisningen med falldiskussioner av svåra systemsjukdomar. Det tycker jag både är roligt och viktigt och jag tror jag gör det bra. Min sämsta gren är lagar och förordningar. Jag tycker det viktigaste är att ST-läkarna lär sig det kliniska arbetet.

Vad är det roligaste med att vara studierektor?

– Man får kontakt med så många trevliga och duktiga kollegor, både ST-läkare, handledare, chefer och övriga studierektorer i landet.

ROGER HESSELSTRAND
Utbildningsansvarig

Regionala studierektorer för ST-läkare i reumatologi:

Söder: Meliha Kapetanovic
meliha.c_kapetanovic@med.lu.se

Västra Götaland: Eva Klingberg
eva.klingberg@vgregion.se

Östra Götaland: Jan Cedergren
jan.cedergren@lio.se

Stockholm: Bernhard Grewin
bernhard.grewin@bredband.net

Svealand:
Gunnel Nordmark (tom 091231)
gunnel.nordmark@medsci.uu.se
Stina Blomberg (fr o m 100101)
christina.ostman.blomberg@akademiska.se

Norr: Ewa Berglin
ewa.berglin@vll.se

SRF-dokument:

Regional ST-studierektor i Reumatologi

Regional ST-studierektorfunktion började projekteras inom Svensk Reumatologisk Förening (SRF) 2003 och kom i bruk 2004 med svensk reumatologi uppdelad i sex regioner utgående från de sex universitetssjukhusen (Lund, Göteborg, Linköping, Stockholm, Uppsala och Umeå).

Funktionen innebar ett ökat ansvarstagande från regionsjukhusets sida gentemot omgivande region. Vad är då SRF:s syn på funktion, support och status för regionala ST-studierektorer?

Funktion

- Ansvarig och operativ avseende ST-undervisning i regionen.
- Ordna regelbunden ST-undervisning i regionen.
- Tillse att ST-utbildningen i reumatologi är likvärdig i regionen oberoende av sjukhus.
- Verka för att olika typer av kvalitetskontroll av ST-utbildningen genomförs t.ex. SPUR-inspektioner, medsittning, diagnostiskt prov.
- Ansvara för utformandet av diagnostiska provet vart sjätte år.
- Arrangera Nationella ST-läkardagar vart sjätte år.
- Verka för att ST-läkaren får adekvat handledning.
- Tillse att ST-handledarna erhåller adekvat utbildning.
- Verka för att ST-läkaren erhåller god klinisk och teoretisk utbildning i enlighet med målbeskrivningen.
- Jämte handledaren stötta regionens ST-läkare när utbildningsmål kolliderar med schemaläggning.
- ST-läkarens "advokat" för att få så bra undervisningstjänstgöring som möjligt.
- Verka för rekrytering av nya ST-läkare i regionen i samarbete med enhetschefer/verksamhetschefer och sjukvårdsledning.
- Bidra med undervisning i reumatologi (seminarium, gruppundervisning m.m.) av AT-läkare så att dessa får ökade kunskaper i och ökat intresse för reumatologi.

Support

- Tid avsatt för uppdraget.
Tidsåtgången är beroende av antalet ST-läkare. Ett förslag till beräknad tidsåtgång är 1–10 ST-läkare, 6 tim/v; 11–20 ST-läkare, 8 tim/v; 21–30 ST-läkare, 10 tim/v.
- Delta i nationella studierektormöten med SRF:s utbildningsansvarige och yngreläkarrepresentant.
- Sekreterarhjälp (vanligen verksamhetschefssekreterare) för arrangemang, utskick m.m.

Status

- Ingår i klinikledningen eller liknande sammanhang.
- Lön justeras med tillägg eller påslag enligt lokala rekommendationer.

20090622

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Tomas Bremell

Ordförande

Roger Hesselstrand

Ansv regionala ST-studierektorer

Kajsa Öberg

Yngreläkarrepresentant

SPUR-inspektioner under 2008–2009

Under 2008 och 2009 har ytterligare åtta enheter inspekterats – ambitionen är fortsatt att alla enheter i landet med ST inom reumatologi ska vara inspekterade inom en femårsperiod.

Svensk Reumatologisk Förening beslutade 2005 att SPUR-inspektioner skulle genomföras med ambitionen att samtliga enheter med ST inom reumatologi skulle vara inspekterade inom en femårsperiod.

Föreningens nuvarande inspektörspår, Eva Bagge och Eva Nitelius samt Per-Johan Hedin och Bernhard Grewin, har under 2008 och 2009 fortsatt inspektionerna på ytterligare åtta enheter. Vilka enheter som inspekterats framgår av faktarutan. Det finns också tillgängligt på Läkarförbundets hemsida www.slf.se. Men Västerвик och Växjö saknas då de inspekterats under hösten och rapporterna ännu inte är helt färdiga.

EN VIKTIG FÖRÄNDRING när det gäller föreningens inspektörer är att Eva Nitelius slutar under hösten 2009 som inspektör efter många års storartad insats. Ett stort tack går till Eva från oss andra i inspektörsgruppen för hennes insats och det goda samarbetet under åren. Som ersättare till Eva har styrelsen utsett Annika Teleman, som efter sedvanlig inspektörsutbildning under hösten inleder sitt arbete 2010 i par med Eva Bagge. Vi hälsar Annika hjärtligt välkommen till arbetet.

Vårt intryck av de under perioden genomförda inspektionerna är att utbildningskvaliteten är fortsatt hög och intresset stort för ST på våra reumatologiska enheter. Noterade brister, oftast mindre, kan som regel enkelt åtgärdas inom verksamheterna.

SAMMANLAGT HAR NU 18 inspektioner genomförts. Den aktuella planeringen innebär att det återstår åtta enheter att inspektera under 2010. De enheter som återstår återfinns på länssjukhus och på några enstaka länsdelsjukhus. Det betyder att det oftast bara finns en eller två ST-läkare på enheterna och inspektionstillfället måste alltid anpassas till tider när de är på plats och inte är iväg på sido- eller regionutbildning. Detta är huvudskälet till att resterande inspektioner kommer att göras först 2010. De enheter som återstår är Kalmar, Gävle, Väs-



tervik, Danderyd, Visby, Ljungby, Helsingborg och Karlstad.

Mottagandet och intresset från verksamhetschefer och andra ST-ansvariga på de inspekterade enheterna har varit mycket positivt. Alla har ställt upp och blivit inspekterade på någon av de två alternativa tider vi föreslagit, vilket vi är mycket glada för. Detta har starkt bidragit till att vi kunnat genomföra de inspektioner vi planerat och att vi fortsatt räknar med att klara målet att alla enheter ska vara inspekterade inom en femårsperiod.

Som tidigare påpekats är avsikten med SPUR-inspektionerna att genom kollegial granskning av verksamheter, som har ST-läkare, utvärdera kvaliteten i ST-utbildningen. Detta görs främst genom samtal med verksamhetschef, studierektor, handledare och inte minst med alla ST-läkarna. Härutöver granskas också lokaler, biblioteksresurser och olika typer av IT-stöd. En inspektion tar normalt för de större enheterna, med många ST-läkare, drygt två dagar, för medelstora enheter tar det en och en halv dag och de små kräver en dag.

DET VIKTIGASTE FÖR SPUR-verksamheten under året är att inspektionens innehåll och upplägg är till stora delar nytt och med undantagslös tillämpning för alla från och med den 4 maj i år. Sedan september 2008 finns en ny föreskrift från Socialsty-

relsen (SOSFS 2008:17), som reglerar den nya ST.

Nya ST innebär inte bara nya målbeskrivningar för alla specialiteter utan också skarpare allmän reglering för att ytterligare förbättra kvaliteten i ST. Bland annat finns det nu krav på regelbundna externa granskningar av enheter med ST. Det finns inga formella krav att det ska ske enligt SPUR-modellen, men den lyfts fram som exempel i föreskriften. Läkarförbundet och Läkarsällskapet har därför under det gångna året arbetat med och tagit fram en, till nya ST anpassad, SPUR-inspektionsmodell med delvis nytt innehåll och ny kvalitetsvärdering där de gamla poängen är ersatta med värderande ord. Den nya modellen blev klar och kunde presenteras för oss inspektörer i mars.

DEN NYA SPUR-MODELLEN tillämpas således undantagslöst för alla, oavsett om ST-läkarna följer nya eller gamla utbildningen. För att vi själva som inspektörer ska hinna lära oss den nya modellen och samtidigt ge de enheter som ska inspekteras framöver gott om förberedelse, sköts de till våren ursprungligen planerade inspektionerna till innevarande höst.

Under hösten har Västerвик och Växjö inspekterats enligt den nya SPUR-modellen och erfarenheten är mycket god. Trots ökade kvalitetskrav på de ST-utbildande

enheterna med de nya SPUR-kraven har enheterna, även om förberedelsestiden varit kort, redan kunnat möta de nya kraven i stora delar.

VI PLANERAR SOM VANLIGT att lämna sedvanlig muntlig rapport vid föreningens årsmöte i samband med riksstämman, och förhoppningsvis återkomma med en skriftlig rapport i *ReumaBulletinen* även nästa år.

Vi är alltid öppna för frågor eller synpunkter på inspektionsverksamheten. Skriv i så fall till min e-postadress nedan.

För SPUR-inspektörerna

BERNHARD GREWIN
bernhard.grewin@bredband.net

2008-04-14 Norrlands universitetssjukhus, Umeå 3-2-2, 3-3-3, 1

Kliniken har mycket goda möjligheter att ge en fullvärdig ST-utbildning enligt målbeskrivningens krav.Handledningen behöver förbättras och sådant arbete har redan påbörjats.

2008-06-03 Mälarsjukhuset, Eskilstuna 2-2-3, 2-3-2, 0

Enheten har, kompletterat med viss tjänstgöring på regionnivå, goda utbildningsmöjligheter för ST-läkare enligt målbeskrivningen. En mer formellt utvecklad handledning med strukturerad och dokumenterad uppföljning skulle förbättra utbildningen.

2008-12-15 Sunderby sjukhus, Luleå 2-3-3, 2-2-2, 0

Kliniken har, inkluderande tjänstgöring på regionenhet, goda utbildningsmöjligheter för ST-läkare enligt målbeskrivning. Utbildningsklimatet är mycket bra. En mer utvecklad handledning med strukturerad uppföljning och bättre användning av diagnostiska prov, utbildningsbok, checklista och medsittning skulle ytterligare förbättra utbildningen. Ledarskapsutbildning bör prioriteras i landstinget.

2008-12-10 Kärnsjukhuset i Skövde 2-3-2, 1-3-2, 0

Kliniken har, inkluderande minst 6 månader tjänstgöring på regionenhet, goda utbildningsmöjligheter för ST-läkare enligt målbeskrivning. Utbildningsklimatet är mycket bra. En mer utvecklad handledning med strukturerad uppföljning och bättre användning av utbildningsbok och checklista skulle ytterligare förbättra utbildningen. Ledarskapsutbildning bör prioriteras.

2009-01-12 Östersunds sjukhus 2-1-3, 2-2-3, 0

Kliniken inkluderande minst 6 månader tjänstgöring på regionenhet har goda utbildningsmöjligheter för ST-läkare enligt målbeskrivning. Utbildningsklimatet är bra och den grundläggande inställningen till teoretisk utbildning är positiv. Att enheten har fler ST-läkare än specialister försvårar möjligheten till kontinuerlig vardagsvägledning. Utbildningen skulle kunna förbättras om ST-läkaren bereddes möjlighet att bedöma fler patienter med icke inflammatoriska sjukdomar i öppenvård. En mer utvecklad handledning med strukturerad uppföljning och bättre användning av utbildningsbok och checklista skulle ytterligare förbättra utbildningen.

2009-02-06 Uddevalla sjukhus 2-2-3, 3-3-3, 0

Reumatologenheten har mycket goda möjligheter att ge en fullvärdig ST- utbildning enligt målbeskrivningens krav under förutsättning att tjänstgöringen kompletteras vid universitetskliniken. Handledningen är föredömligt god, men eftersom ST-läkarna är nyanställda behövs längre tid för slutlig utvärdering.

SRF:s STYRELSE 2009



Tomas Bremell
Ordförande
Reumatologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Gröna Stråket 12
413 45 Göteborg
Tel 031-342 3378 sekr
tomas.bremell@vregion.se



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



Annika Teleman
Facklig sekreterare
Spenshult
313 92 Oskarström
Tel 035-263 50 32;
035-263 50 00 vx
annika.teleman@spenshult.se



Lars Cöster
Kassör
Reumakliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel 013-22 28 49; 22 20 00 vx
lars.coster@io.se



Carl Turesson
Vetenskaplig sekreterare
Reumatologiska kliniken Malmö–Lund
Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel 040-33 24 19
Carl.turesson@mayo.edu



Roger Hesselstrand
Utbildningsansvarig
Reumatologiska kliniken Lund–Malmö
USiL
221 85 Lund
Tel 046-17 71 78; 17 16 19 vx
roger.hesselstrand@skane.se



Kajsa Öberg
**Ledamot, representant
för läkare under utbildning**
Reumatologkliniken
Falun Lasarett
791 82 Falun
Tel 023-49 01 17; 49 20 00 vx
kajsa.oberg@ltdalarna.se

ANNONS

Är utlandstjänstgöring något för nya ST?

Utlandstjänstgöring kan tillgodosäkas i nya ST, liksom i den gamla utbildningen, men en stor skillnad är att det i den nya föreskriften finns tydliga regler för vad som måste uppfyllas. Nu kan ST-läkaren, handledaren och den ansvarige verksamhetschefen redan från början planera in en utlandstjänstgöring som en del av utbildningsprogrammet när de från början vet vad som gäller.

När jag som sakkunnig på Socialstyrelsen under åren 2006–2008 var med om att ta fram föreskrifter och målbeskrivningar till nya ST var en tydlig reglering av villkoren för att kunna tillgodosäka utlandstjänstgöring ett viktigt mål för att öka möjligheterna till lika värdering av dessa tjänstgöringar.

Den ST-läkare, som vill göra en del av sin tjänstgöring utomlands eller önskar att tillgodosäka redan fullgjord utlandstjänstgöring, måste nog, tillsammans med sin handledare och ansvarig verksamhetschef, sätta sig in i villkoren. De framgår av Socialstyrelsens föreskrift om Läkares specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2008:17), 6 kap., 2§ och 3§. Med ansvarig verksamhetschef avses den person som senare ska intyga att ST-läkaren uppfyller målbeskrivningens krav i sin helhet, i samband med ansökan om specialistkompetens.

DET FÖRSTA VILLKORET av fyra är att tjänstgöringen ska vara en planerad del av ST-läkarens utbildningsprogram. Den kan planeras in från början, oavsett om den är fullgjord eller inte. Om tjänstgöring blir aktuell i ett senare skede i utbildningen planeras den in vid en revidering av utbildningsprogrammet.

DET ANDRA VILLKORET är att tjänstgöring sker eller har skett under handledning. Därför är det viktigt att ST-läkaren ser till att det framgår av intyget, som ska bifogas enligt det tredje villkoret. Om det inte låter sig göras blir det, enligt min mening, handledarens och ansvarig verksamhetschefs sak att avgöra om tjänstgöringen, utifrån ST-läkarens beskrivning och föreliggande intyg, har skett under acceptabel handledning.

DET TREDJE VILLKORET innebär att utlandstjänstgöringen ska styrkas med ett intyg

utfärdat av den aktuella inrättningens verksamhetschef eller motsvarande. Av intyget ska kort också framgå vilken verksamhet som bedrivs på inrättningen. Anledningen är att tjänstgöringsintyget och verksamhetsbeskrivningen ska vara grund för och underlätta handledarens och ansvarig verksamhetschefs bedömning om tjänstgöringen har lett till uppfyllandet av det fjärde villkoret. Det ska också, i samband med ansökan om specialistkompetens hos Socialstyrelsen, utgöra ett underlag för bedömningen, inte minst för de externa granskarna.

DET FJÄRDE VILLKORET innebär att ansvarig verksamhetschef, i samråd handledaren, ska se till att utlandstjänstgöringen har lett till att ett eller flera av målbeskrivningens delmål, helt eller delvis har kunnat uppnås i enlighet med utbildningsprogrammet. Anledningen är att man inte kan förvänta sig att en verksamhetschef eller en handledare på den utländska inrättningen ska ha detaljkunskap om vårt ST-system och kunna intyga kompetens på delmålsnivå utan detta får i stället göras av ST-läkarens handledare och ansvarig verksamhetschef.

VAR I TIDEN FÅR en tjänstgöring vara för att den ska kunna tillgodosäkas? Principen är att all tjänstgöring ska ha fullgjorts som legitimerad läkare för att kunna tillgodosäkas. För i Sverige utbildade läkare betyder det tjänstgöringar från dagen för den av Socialstyrelsen utfärdade legitimationen. För läkare med legitimation från en medlemsstat i Europeiska unionen eller från en stat ansluten till Europeiska ekonomiska samarbetsområdet gäller tjänstgöringar från dagen för ursprungslegitimationen, oavsett datum för



den svenska legitimation som läkaren senare ansökt om och med automatik fått av Socialstyrelsen för sitt arbete i Sverige, i enlighet med Direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer. Detta regleras därför inte i föreskriften om Läkares specialiseringstjänstgöring. Däremot regleras i föreskriftens 6 kap., 3§ vad som gäller för läkare med ursprungslegitimation från tredje land, vilka är alla andra länder än de som omfattas av direktivet. För dessa gäller detsamma att tjänstgöringar kan tillgodosäkas från dagen för ursprungslegitimationen, om övriga villkor är uppfyllda.

VAD SOM DÄREMOT, enligt min mening, skiljer läkare med ursprungslegitimation från ett land som omfattas av direktivet och från läkare från ett tredje land är hur undantagsregeln om att de som har legitimation före 20060701 kan, om de ansöker senast 20131231, fullgöra ST enligt gamla systemet. Här ska gälla för läkare från land, som omfattas av direktivet, datum för ursprungslegitimation från det landet och inte datum för den svenska legitimationen, som däremot ska gälla för läkare med legitimation från tredje land. Anledningen är att om datum för den svenska legitimationen tillämpades för dessa läkare skulle det innebära en form av "nollställning", i detta sammanhang, av deras tidigare meriter. Man frångår då likabehandlingsprincipen av läkare från olika länder, som omfattas av direktivet. Det försvårar för den fri rörligheten, vilket är i strid med direktivet.

BERNHARD GREWIN
bernhard.grewin@bredband.net

ANNONS

Rapport från Symposium i artritradiologi

Vid ett arbetsmöte på Marina Plaza, Elite Hotell i Helsingborg den 24 april diskuterade 20-talet bildintresserade reumatologer och muskuloskeletalt intresserade radiologer samarbetet mellan radiologer och reumatologer för att utveckla och förbättra nyttan med bilddiagnostik.

Mötet arrangerades av Svensk Förening för Muskuloskeletal Radiologi och Svensk Reumatologisk Förening, och berörde huvudsakligen nedanstående frågeställningar.

Mötet inleddes med en föreläsning om Radiologens syn på reumatologi av Mats Geijer, Lund, följt av Reumatologens syn på artritradiologi av Annika Teleman, Spenshult, och till sist en föreläsning om Muskuloskeletalt ultraljud – möjligheter och svårigheter av Ylva Aurell, Mölndal. Efter lunch vidtog diskussion i smågrupper, med slutlig sammanfattning med hela auditoriet.

Tillgång till bilddiagnostik brister

Problem som togs upp var långa väntetider för såväl röntgenundersökningar (mer än två veckors väntetid på röntgen hand- och fotskelett vid nydebuterad RA är för länge) som ultraljud och MR-undersökningar. Muskuloskeletalt ultraljud tillhandahålls inte på alla röntgenavdelningar. MR-undersökningar av perifera leder är svårt att erhålla och har ofta långa väntetider, och den radiologiska kompetensen är för låg. Vid nydebuterad RA, och för behandlingskontroll vid användning av biologiska läkemedel som är mycket dyra kommer MRT att bli helt oundgänglig inom kort.

Utbildningsbehov i artritdiagnostik

I och med tillkomsten av den nya specialiteten Bild- och funktionsmedicin minskar utbildningstiden inom radiologi, och därigenom muskuloskeletal radiologi, vilket gör att den framtida kompetensen allmänt kan misstänkas bli yttligare. Speciell utbildning inom artritradiologi under ST-tiden är ovanligt, trots att artritjukdomar är så vanliga. Röntgenundersökningar upplevs som "gammalmodiga" och låg-

teknologiska och röner därför förhållandevis lågt intresse bland yngre radiologer. Det finns därför ett stort radiologiskt vidareutbildningsbehov, som med fördel kan vara multidisciplinärt för att öka samarbetet över klinikgränserna. Framtagande av bra undervisningsarkiv kan också vara av värde. Även reumatologer behöver utbildning, ofta tittar reumatologer själva på bilder. Det är också viktigt att förstå vilken metod som lämpar sig bäst vid vilket tillstånd.

Optimera resursutnyttjandet

Klinikens resurser behöver användas optimalt, såväl inom reumatologi som inom radiologi. Rätt undersökning med bäst diagnostiskt utfall skall utföras från början. Vi har ett gemensamt ansvar att se till att rätt undersökning utförs direkt, alltså måste kommunikationen mellan radiologer och reumatologer förbättras. Inom kort kommer mycket mera MR av händer och fötter att behövas för att gradera artritjukdomar, samt för att utvärdera behandlingsresultat. Detta bör reserveras för reumatologpatienter, ej för primärvårdspatienter. Det är ytterst viktigt att den subakuta reumatologbedömningen också stötts av en subakut radiologisk utredning.

Spondylartrit

MR är bra för att visa aktiv spondylit (Romanuslesioner) medan konventionell röntgenundersökning visar syndesmofyter och ankylos bäst. Helkropp-MR är ännu ej bevisat praktiskt användbart inom kliniken, och ger många bifynd som kan leda tankarna i fel riktning, och MR är istället bättre använt som riktad undersökning. MR av sacroiliacaleder är bäst undersökningsmetod vid misstänkt aktiv sacroiliit. CT är en användbar metod med hög sensitivitet och tillförlitlig för diagnostik vid erosioner (diagnostiskt).

RA och ultraljud

Ultraljud av RA-patienter bör skötas av mer än en specialist för att upprätthålla kompetensen året om. För att uppnå och upprätthålla hög kompetens krävs dock frekvent användning och kanske ska ett

begränsat antal personer ansvara för underökningarna. Dessa kan vara radiologer eller reumatologer. Apparat- och rumsfrågan kan lösas genom samarbete med röntgenavdelningen och även bedrivs på röntgenavdelningen.

Röntgenutlåtandet

Röntgenutlåtandena är generellt inte utformade för att vara användbara för uppföljning av artrittsjukdom och är ofta indistinkta eller enbart deskriptiva. Reumatologen önskar sig en tydlig bedömning om det skett progress eller regress, och önskar sig för hand- och fotradiologi en enkel score som innefattar broskdestruktion och erosioner, t.ex. SENS. Radiologen önskar sig remisser med klara frågeställningar och relevanta kliniska upplysningar möjliggör klara svar på frågor om diagnos/diagnosförslag.

Ett bra samarbete

Det finns stora möjligheter att utveckla samarbetet inom artritradiologi. Det ökar också intresset hos båda specialiteterna om man förstår varandras verksamhet och behov.

Röntgenronder/konferenser är ett mycket viktigt verktyg som måste bevaras. Auskultation under ST kan ge värdefull utbildning.

Som en följd av mötet beslutades att tillsätta en intressegrupp bestående av såväl radiologer som reumatologer för att arbeta vidare med dessa frågor. Intressegruppen har stöd av båda specialitetsföreningarna.

Intresserade kollegor är välkomna att höra av sig till oss.

MATS GEIJER

För Svensk Förening för Muskeloskeletal Radiologi
BFC/Röntgen, Universitetssjukhuset, Lund
Mats.Geijer@skane.se

ANNIKA TELEMAN

För Svensk Reumatologisk Förening
Spenshult
annika.teleman@spenshult.se

ANNONS



SRFs Vårmöte i Stockholm 2010

21–23 april 2010 arrangerar Svensk Reumatologisk förening och Reumatologen Karolinska i samarbete med SveReFo och Reumatikerförbundet SRFs Vårmöte i Norra Latins lokaler, Stockholm.

I mitten av januari 2010 kommer definitivt program och instruktioner kring anmälan och bokning av hotellrum via SRFs hemsida, www.svenskreumatologi.se, att skickas ut till alla medlemmar separat, men boka redan nu in dessa datum i era kalendrar.

Nedan följer preliminärt program:

Preliminärt program SRFs Vårmöte 2010 i samarrangemang med SveReFo och Reumatikerförbundet

Alla tider är cirkatider! Vissa omkastningar mellan föreläsningstider kan bli aktuella.

Onsdag 21 april, 2010

Ca 15.00–17.00

Inledning

Internationell hälsa – *Hans Rosling*

Hur påverkar forskning vården – *Lars Klareskog*

Malaysia EIRA – *Per Larsson mfl*

Internationellt och nationellt samarbete kring ovanlig sjukdom, myosit – *Ingrid Lundberg*

Middag

Torsdag 22 april 2010

8.00–10.00 Arbetsgrupper, intressegrupper inkl. junior faculty, Reumaseniorer

SveReFo och Reumatikerförbundet – Sex och samlevnad

10.00–10.30 Kaffe, besök av utställning

10.30–12.00

Förbättringsarbete i vården med hjälp av forskning

– *Staffan Lindblad och medarbetare*

Brukarmedverkan i forskningen – *Christina Opava*

Kortisonbehandling vid RA och nutrition

– *Ingjald Hafström, Lotta Elkan, Inga-Lill Engvall*

Ca 12.00–13.00 Lunch

13.00–15.30 Efter lunch hålls två parallella sessioner: arrangerade av SRF, resp SveReFo och Reumatikerförbundet

A: Pregnancy and rheumatic diseases and Lupus

- Pregnancy and SLE and Antifosfolipid syndrome

– *Jane Salmon, NY Hospital for Special Surgery*

- Risk factors for Congenital Heart block in women with rheumatic diseases and what it can tell us about autoimmune mechanisms – *Marie Wahren-Herlenius*
- SLE nefrit – Hur behandlingsstudier kan lära oss mer om sjukdomsmekanismer – *Iva Gunnarsson*
- SLE Hjärt- kärlsjuklighet – *Elisabet Svenungsson*
- SLE – Trötthet – *Susanne Pettersson*

B: Teamarbete idag och i framtiden

- Teamarbete och rehabilitering ur ett patientperspektiv – Föreläsare ej bestämd

15.30–16.00 Kaffe

16.00–17.00 Smärtprojekt – *Eva Kosek, Stefan Bergman*

17.00–18.00 SRF föreningsmöte

Middag

Fredag 23 april, 2010

8.30–10.00

Hur uppkommer reumatiska sjukdomar?

– *Helena Erlandsson Harris*

Hur fungerar våra läkemedel? – *Vivianne Malmström*

10.00–10.30 Kaffe

10.30–12.30

Presentation av nydisputerade

Aktuellt om behandling vid RA – *Ronald van Vollenhoven*

Lunch

Dessutom planeras stationer med demonstrationer av Patientens Egen registrering (PER), Svenska Reumatologiregister, m.m.

Huvudsponsorer:

Abbott, Bristol-Myers Squibb, Roche, Schering-Plough, UCB, Wyeth

Med hopp om att vi ses vid vårmötet 2010

Johan Bratt

Verksamhetschef Reumatologen Karolinska, Vice ordf SRF

Ingrid Lundberg

Professor Reumatologen Karolinska

Eponymer med anknytning till reumatologi (del 3)

Denna del av eponymerien inleder jag med ett tillrättaliggande och förtydligande. Det jag skrev om Alfred Hand i föregående del ger intryck av att Hand-Schüller-Christians sjukdom är en form av biliär cirros. Så klassificeras inte detta tillstånd idag utan som en variant av Langerhans' cellhistiocytos (LCH), se under Langerhan och Letterer.

Kashin, Nikolaj Ivanovich (1825–72) rysk läkare som på 1850-talet vid flera tillfällen rapporterade om en ledsjukdom som endast verkade drabba kosacker i Bajkalområdet. Senare har ett flertal fall också rapporterats från Kina. Kännetecknande är tidigt (barndomen) debuterande artrosliknande förändringar i stora och små leder som resulterar i korvuxenhet och leddeformiteter. Genesen oklar, men den troligaste förklaringen har ansetts vara en kombination av mycotoxinpåverkan och seleniumbrist. Den ryske militärläkaren Eugene Beck beskrev på 1910-talet ytterligare fall och sedan dess kallas detta syndrom *Kaschin-Becks sjukdom* (1).



Fig 1. Kawasaki sjukdom kallades tidigare mukokutan lymfkörtelsyndrom. Genesen okänd, men histopatologiskt föreligger generaliserad akut inflammation i kärlväggar. Hjärtats kranskärl drabbas ofta och allvarligt. Frimärket utgavs 1977 med anledning av att WHO förklarade detta år som världsreumatikerår.

Kawasaki, Tomisaku *1925, japansk barnläkare som under 1960-talet beskrev en vaskulitisk sjukdom som framförallt drabbar barn, *Kawasakis sjukdom*, se bild ovan.

Kelley, William *1939, amerikansk läkare som tillsammans med kollegan Edwin Seegmiller beskrev en lindrigare form av Lesch-Nyhans syndrom, se under Lesch. Vid *Kelley-Seegmillers syndrom* (partiell HGPRT-brist), saknas som regel CNS-störningar och giktartriten debuterar först i vuxen ålder.

Kienböck, Robert (1871–1953) österrikisk röntgenolog som 1910 beskrev den osteokondros/nekros som drabbar handledens mänben (lunatum), *Morbus Kienböck*, se bild.



Fig 2. I handloven finns åtta småben, varav ett är månbenet som markerats. Frimärket utgavs 1977 med anledning av att WHO förklarade detta år som världsreumatikerår.

Klinefelter, Harry (1912–90) amerikansk endokrinolog som beskrivit de funktionsstörningar och feminiserande symtom som finns hos män med genotypen XXY, *Klinefelters syndrom*.

Klippel, Maurice (1858–1942) fransk läkare som tillsammans med kollegan Paul Trénaunay år 1900 rapporterade samtidig förekomst av osteohypertrofi (ökad längdtillväxt av afficerad extremitet), hemangiom och varicer, *Klippel-Trénaunays syndrom* (2, 11). Det sågs främst hos barn och tonåringar. Några år senare beskrev engelsmannen Frederick Parkes Weber patienter med liknande symtom varför man ibland skriver *Klippel-Trénaunays-Webers syndrom* (2). "Klippels namn finns även bevarat i *Klippel-Feils syndrom* (medfödd kort

hals på grund av sammansmältning av halskotor) samt *Klippel-Feldstein syndrom* (en annan familjär osteokondrodysplasi)"(3).

Köbner, Heinrich (1838–1904) tysk dermatolog som beskrivit att hudförändringar exempelvis psoriasis hos vissa individer tycks ha predilektion för hudområden med tidigare skada, *Köbners fenomen*.

Köhler, Alban (1874–1947) tysk röntgenolog som på 1910-talet beskrev olika typer av spontant uppträdande osteonekros. Den som drabbar båtbenet (os naviculare) i foten har kallats *Morbus Köhler I*. *Morbus Köhler II* drabbar metatarsale II och/eller III, se också under Freiberg och Pellegrini.

Langerhan, Paul (1847–88) tysk patolog som redan under studietiden publicerade (1868) ett arbete där han beskrev dendritiska celler i huden (4), *Langerhans celler*. Hans handledare var professor Rudolf Virchow, cellularpatologens grundare. Dendritiska celler har en nyckelposition i immunsystemet och störningar i deras funktion kan ge svåra systemeffekter. "Langerhans' cellhistiocytos (LCH) benämndes tidigare histiocytosis X, vilket i sin tur var ett samlingsnamn för diagnoserna eosinofilt granulom, Hand-Schüller-Christians sjukdom och Letterer-Siwe's sjukdom"(4). Mannen bakom namnet för dessa ovanliga tillstånd är den Paul som år 1869 upptäckte de till namnet mera välkända insulinproducerande öcellsbildningarna i pancreas, *Langerhans cellöar*.

Larsen, Arvi *1939 i Sortavala vid Ladoga-sjön i dåvarande Finland, idag Ryssland. I den doktorsavhandling han 1974 framlade vid Helsingfors universitet anvisade han en metod för att gradera de artritförändringar man vid slätröntgen finner hos patienter med RA, *Larsens index eller score*. Detta index kom efterhand att användas över hela världen. Arvi Larsen flyttade efter sin avhandling till Sverige och var under 1980-talet chefsläkare på Spenshults reumatikersjukhus. 1993 flyttade han till Norge där han blev chef för reumatologkliniken i Kongsvinger. Ryktet säger att han sedan 2000-talets mitt lever och verkar som prins i Thailand.

Larsen, Sinding (1866–1930) norsk läkare som samtidigt med Sven Johansson (se hans namn) beskrev patienter med knäsmärktor som ansågs förklaras av ossifikationsförändring i patellas distala del, *Larsen-Johanssons sjukdom*.

Legg, Artur (1874–1939) amerikansk kirurg som 1910 observerade barn med gåtfull höftåkomma. Samma år publicerades liknande iakttagelser av den franske ortopedén Jacques Calvé (1875–1954) och den tyske kirurgen Georg Clemens Perthes (1869–1927), *Legg-Calvé-Perthes sjukdom*. Röntgenologiskt föreligger avasculär nekros i femurhuvudet. Genesen okänd men denna höftsjukdom klassificeras idag som en typ av osteokondros (utvecklingsrubbing i skelettet, vanlig hos barn och snabbväxande djur) (10). Senare noterades att den svenske ortopedén Henning Waldenström sannolikt redan 1909 publicerat ett likartat fall (10). Hans namn adderas därför ibland till eponymen ovan, *L-C-P-Waldenströms sjukdom*.

Lesch, Michael *1939, amerikansk barnläkare som tillsammans med kollegan William Nyhan 1964 beskrev ett syndrom där den kliniska bilden domineras av olika typer av neurologiska symtom (vanligt är motorikstörningar och tvångsmässigt självskadebeteende) hos pojkar med höga urinsyre nivåer i blod och de därmed sammanhängande sjukdomsmanifestationerna (urinsyre nefropati och kristallartrit), *Lesch-Nyhans syndrom*. Sjukdomen är X-kromosombundet recessivt ärftlig, vilket innebär att den som regel endast förekommer hos pojkar och män samt överförs via friska kvinnliga bärare. Den skadade/muterade genen sitter på X-kromosomens långa arm och styr bildningen av ett enzym (HGPR) med betydelse för purinmetabolismen. Skadan gör att halten urinsyra i blod blir onormalt hög. För ytterligare info se Socialstyrelsens hemsida om ovanliga diagnoser (13).

Letterer, Erich (Dorland 2007 har ingen uppgift om födelse och dödsår) tysk läkare verksam vid universitetet i Würzburg som 1924 beskrev fullminant sjukdomsförlopp hos ett spädbarn där det histopatologiskt förelåg uttalade förändringar, vilka tolkades som proliferationer i det retikuloendoteliala systemet. 1933 publicerade den svenske pediatrikern Sture Siwe en ingående klinisk beskrivning av ett liknande fall. Sjukdomsbilden kännetecknades av uttalad hepato-splenomegali, lymfkörtelsvullnad och lytiska destrukturer i skelet-

tet samt blödningsbenägenhet. Siwe ansåg att sjukdomsmanifestationerna hos såväl hans som Letterers fall kunde förklaras av en "systemisk retikuloendotelios". På 1930-talet började man kalla sjukdomstillstånd av detta slag för *Letterer-Siwe's sjukdom*. Idag insorteras denna sjukdomsbild under begreppet histiocytosjukdomar. En informativ översikt om dessa ovanliga tillstånd publicerades förra året (4). Se också under Langerhan och Schüller.

Libman, Emanuel (1872–1946) läkare i New York som 1924 (5) tillsammans med kollegan Benjamin Sacks rapporterade speciella (icke bakteriella) förändringar/pålagringar på hjärtklaffarna hos patienter med SLE, *Libman-Sacks endocardit*.

Liljestrand, Åke (1917–?) professor i farmakologi som tillsammans med reumatologkollegan Börje Olhagen studerade blodets elforesmönster hos patienter med svårklarlig kronisk sänkestegring (6, 12). Enligt Hakulinen (personligt meddelande) benämndes detta på 1950- och 60-talet för *Olhagen-Liljestrands syndrom*.

Lobstein, Johan (1777–1835) tysk kirurg verksam i Strassbourg som beskrev den vanligaste formen av medfödd benskörhet, Lobsteins sjukdom. Idag kallas denna sjukdomsbild osteogenesis imperfecta. Den kände franske konstnären Henri Toulouse-Lautrec, som utvecklade invalidiserande led- och skelettförändringar redan i barnåldern, led sannolikt av denna åkomma.

Lyme, samhälle i Connecticut, USA. Här insjuknade på 1970-talet ett anmärkningsvärt högt antal individer i artrit av oklar genes. Reumatologen Allen Steere noterade att insjuknandet som regel föregåtts av ett övergående hudutslag med speciell rodnad. I början av denna "epidemi" trodde man att detta var ett nytt sjukdomstillstånd och det fick namnet *Lyme disease*. Senare visades att erythemet var identiskt med det fästingutlösta exanthem (erythema migrans) som redan i början av 1900-talet observerats av Arvid Afzelius, se vidare under Hellerström. Det klarlades också att utlösande agens för exanthem och artrit var den spirokett, *Borrelia burgdorferi*, som överfördes vid fästingbettet.

Löfgren, Sven (1910–78) svensk internist verksam vid S:t Görans sjukhus i Stockholm som i slutet av 1940-talet rapporterade patientfall där alla hade erythema nodosum, bilaterala hiluslymfom, ledinflammation (bilateral fotleds artrit) och

feber/subfebrilitet, *Löfgrens syndrom* (7). "Detta är den vanligaste formen av akut sarkoidos. Han utnämndes till professor honoris causa 1971."

Löffler, Wilhelm (1887–1972) schweizisk läkare som på 1930-talet vid två tillfällen (8, 9) rapporterade fall med kortvariga/övergående, spridda lungförändringar hos patienter med förhöjt antal eosinofiler i blod, *Löfflers syndrom*. Han ansåg att detta sannolikt var uttryck för en allergisk överkänslighetsreaktion mot något läkemedel eller mikrob. Denna tolkning gäller än idag.

Referenser:

1. Allander E. Kashin-Beck disease. An analysis of research and public health activities based on a bibliography 1849-1992. Scand J Rheumatol (suppl 99) 1994; 1-36.
2. Aschberg S, Bergstrand O, Björkholm M. Klippel-Trénaunay-Webers syndrome (KTWS)-klinisk benämning på patofysiologiskt skilda sjukdomstillstånd. Läkartidningen 1977; 74: 563-5. (Belysande bilder finns i artikeln).
3. Björkholm M, Aschberg S. Klippel och Trénaunay. Männan bakom syndromet. Läkartidningen 1984; 81:927.
4. Fadeel B, Olsson S, Jakobson Å, Hjorth L, Österlundh G, Henter J-I. Langerhans' cellhistiocytos: nytt ljus över patogenesen. Läkartidningen 2008; 105: 3737-42.
5. Libman E, Sacks B: A hitherto undescribed form of valvular and mural endocarditis. Arch Intern Med 1924; 33: 701-37.
6. Liljestrand Å, Olhagen B. Persistently high erythrocyte sedimentation rate. Diagnosis and prognostic aspects. Acta Med Scand 1955; 151: 425-39.
7. Lindström F, Lindblom B. Sven Löfgren. Hans observationer ledde fram till ökad kunskap om akut sarkoidosartrit. Läkartidningen 1986; 83: 3017-8.
8. Löffler W. Zur differential-diagnose der Lungeninfiltrierungen; über flüchtige Succedan-Infiltrate (mit Eosinophilie). Beitr z Klin Tuberk 1932; 79: 368-82.
9. Löffler W. Die fluchtigen Lungeninfiltrate mit Eosinophilie. Schweiz med Wechr 1936; 66: 1069-78.
10. Moberg A. Legg-Calvé-Perthes sjukdom – gåtfull barnhöftsjukdom. Diagnostik, utredning och behandling. Läkartidningen 1998; 95: 3958-62.
11. Novakova A, Kolstad K. Syndroma Klippel-Trénaunay-Parkes-Weber. Diagnostical aspects and a case report. Opusc Med 1973; 18: 115-120. (Belysande bilder finns i artikeln).
12. Olhagen B, Liljestrand Å. II. Persistently elevated erythrocyte sedimentation rate with good prognosis. Acta Med Scand 1955; 151: 441-9.
13. Socialstyrelsen/ovanliga diagnoser/Lesch-Nyhans syndrom. www.socialstyrelsen.se

Historietecknare:
IDO LEDEN
Kristianstad

Rapport från Skåne: Sammanslagning av Reumatologiska kliniken Lund-Malmö

Våren 2008 fick sjukhuscheferna i Lund och Malmö i uppdrag av Skånes regiondirektör Sören Olofsson att samordna och profilera verksamheter på Universitetssjukhusen i Lund och Malmö. Detta kallas PROLUMA (profilering Lund-Malmö) och är ett av Region Skånes 13 delprojekt i förnyelsearbete.

Syftet med profileringen är att stärka universitetssjukvården i Skåne för att utnyttja Region Skånes och Sveriges samlade resurser för sjukvård, utbildning och forskning på bästa möjliga sätt för dagens och morgondagens patienter. En styrgrupp för PROLUMA tillsattes med en projektledare för vardera sjukhuset. Reumatologi var ett av 14 verksamhetsområden som skulle profileras först. För övriga verksamhetsområden var god se bifogad tabell.

Beslut om sammanslagning

Under hela 2008 arbetade varje verksamhetsområde fram ett förslag för hur man ville arbeta utifrån ett redan givet uppdrag där det för reumatologins del föreslogs bli en klinik med ledning från Lund med all slutenvård förlagd till Lund men möjlighet till öppenvård och dagvård på båda sjukhusen. En tvärprofessionell arbetsgrupp med personal från båda sjukhusen tillsattes och ett förslag där vi från reumatologins sida förordade att bibehålla slutenvård på båda sjukhusen lämnades in. Därefter kom beslut från styrgruppen att det ursprungliga förslaget från sjukhusledningen skulle gälla och slutenvård enbart lokaliseras till Lund.

Beslut fattades i januari 2009 att sammanslagningen skulle ske från och med 090401. Under två hektiska månader, februari och mars 2009, arbetade vi fram en struktur för hur kliniken skulle fungera. Personalspecialister, administrationsansvariga, ekonomer samt verksamhetschefer arbetade separat med sina bitar.

För reumatologins del har detta inneburit att sektionen för reumatologi vid medicinkliniken på UMAS har brutits loss från medicinkliniken och därefter har reumatologi Lund-Malmö blivit en klinik. Vi har planerat för fortsatt minskat behov av slutenvård och av sex slutenvårdsplatser

Tabell. De verksamhetsområden som profilerades först.

Verksamhetsområde	Sjukhus
Öron	Universitetssjukhuset i Lund (USiL)
Hematologi	USiL
Reumatologi	USiL
Lungmedicin	USiL
Käkkirurgi	USiL
Övre gastrointestinal kirurgi	USiL
Ryggkirurgi, akutkirurgi	USiL
Elektiv kirurgi	Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (UMAS)
Ögon	UMAS
Kärlkirurgi	UMAS
Urologi	UMAS
Endokrinologi	UMAS
Endokrin kirurgi	UMAS
Nedre gastrointestinal kirurgi	UMAS
Handkirurgi	UMAS

på UMAS har vi öppnat tre på USiL och resterande tre platser har blivit två dagvårdsplatser i Lund och två i Malmö. Vi arbetar med att föra över fler och fler infusionsbehandlingar till dagvård samt sköta viss utredning i dagvård, var god se bifogad schema hur kliniken är organiserad. Slutenvården avdelning 11 i Malmö stängde 090831.

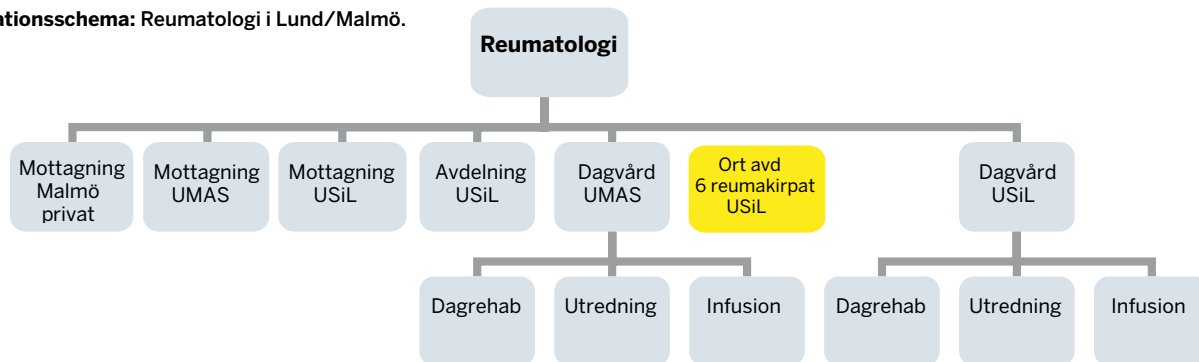
Effekter av sammanslagningen

Då sammanslagningen beslutats utifrån har entusiasmen för en gemensam klinik inte varit särskilt stor även om det inte heller är några stridigheter. Den stora skillnaden mellan reumatologin i Malmö och Lund har varit att i Malmö har man varit en del av en stor välfungerande invärtesmedicinsk klinik och läkarna har uppskattat att vara både invärtesmedicinare och reumatologer. Via egen slutenvårdsavdelning, som varit blandad reumatologisk och akut invärtesmedicinsk avdelning, har personalen naturligt arbetat med både reumatologi och invärtesmedicin. Reumatikerna i Malmö har på detta sätt fått mycket gott reumatologiskt omhändertagande även när de vårdats för invärtesmedicinska sjukdomar. I Lund är reumatologin en egen klinik och läkarna deltar inte i invärtesmedicinska

jourlinjer. Inom reumatologin är specialisterna subspecialiserade och arbetar i första hand med sina specialområden. Nu förs intensiva diskussioner om bredd kontra spjutspets och hur på bästa sätt förena dessa två.

I Malmö upplever man att kliniken minskat betydligt då slutenvården försvunnit. Av vårdpersonal från Malmö var det endast två undersköterskor som valde att följa med till Lund. En sjuksköterska har fortsatt att arbeta i öppenvård i Malmö, men övriga har hittat andra arbeten i Malmö och vi har fått anställa nya sjuksköterskor. Under hösten har läkare från Malmö arbetat periodvis i slutenvård i Lund, och så kommer vi att fortsätta även under våren. Läkarna i Malmö har kvar sitt jouruppdrag på medicinkliniken, numera Akutcentrum i Malmö.

Vi är mitt i arbetet att gå inom olika rutiner och hitta nya och ibland gemensamma arbetsformer. Under de två månader vi enbart haft slutenvård i Lund har det fungerat förhållandevis väl med inläggningar från Malmö. Initialt var det inte så många, men nu senaste veckorna har trycket på avdelningen varit större. Ett misstag har skett då en äldre dam skickades i ambulans från medicinakuten i Malmö mitt i natten till vårdavdelning i Lund.



Tanken är annars att enbart reumatologer lägger in på slutenvård i Lund. De privatpraktiserande reumatologerna i Malmö kan också lägga in direkt på avdelningen i Lund.

Ur verksamhetschefens synpunkt har det varit mycket administrativt arbete och då sjukhusen fortfarande är två förvaltningar har det funnits många praktiska problem som vi fortfarande brottas med. Vi har fortfarande olika varianter av Meliors journalsystem vilket gör att vi inte har gemensam journal i Malmö-Lund.

Samma dag som jag skriver denna rapport har jag via nyheterna fått veta att man även fattat beslut om att sjukhusen Lund-Malmö ska slås ihop från och med årsskiftet, så problemen med två förvaltningar verkar försvinna.

Förhoppningar om ett positivt utfall

För patienterna hoppas vi att sammanläggningen av kliniken inte ska påverka vården negativt. Reumatiska patienter som genomgår orotopedkirurgi vårdas i både Malmö och Lund, sedan länge oftast

på reumatologiska kliniken. Det är sagt att all reumakirurgi, förutom viss fotkirurgi, kommer att centraliseras till Lund och då kommer patienterna vårdas på Reumatologen eller ortopedien i Lund. Då Malmö är centrum för ortopedisk fotkirurgi kommer även reumafötter att opereras i Malmö och då får patienten ligga på ortopedavdelning.

ELISABET LINDQVIST
ELKE THEANDER

SRFs nya hemsida: svenskreumatologi.se

Hej medlemmar!

Sedan oktober har vår förenings hemsida ett nytt utseende, i samarbete med Mediahuset i Göteborg har vi uppdaterat innehållet och förhoppningsvis förenklat användandet. Nya flikar för bl.a. SPUR och nybildade Junior Faculty Reumatologi återfinns på hemsidan som nu gjorts väsentligen ”öppen”, dvs. endast en mindre del information kräver lösenord för åtkomst (kontakta kassör tillika hållare av medlemsregistret Lars Cöster om du saknar lösenord – endast för medlemmar).

Kalendariet är tänkt att innehålla uppdaterad information kring planerade kurser/utbildningar och kongresser/möten – se länkade dokument/hemsidor i kalendariesammanställningen. Under 2010 kommer hemsidan att presentera rapportage/presentation av de olika reumatologiska enheterna runt om i Sverige med start i Kalmar.

Har du synpunkter på hemsidans innehåll eller kanske information du önskar sprida – tveka ej att kontakta undertecknad.

OLA BÖRJESSON

Webbredaktör

ola.borjesson@karolinska.se

Välkommen till Svensk Reumatologisk Förening

Svensk Reumatologisk Förening, SRF, är den fackliga och vetenskapliga sammanslutningen av Sveriges reumatologer. Läkare under utbildning till specialitet i reumatologi och andra läkare med intresse för reumatiska sjukdomar är också välkomna som medlemmar. För ansökan om medlemskap kan man fylla i detta formulär till föreningskassören.

För att du skall få våra utskick, ReumaBuletinen och Scandinavian Journal of Rheumatology är det viktigt att kassören har din aktuella adress i medlemsregistret. Du kan anmäla adressändring till kassören med [detta formulär](#).

För patienter och för den intresserade allmänheten vill vi rekommendera [Reumatikerförbundet's webbplats](#). Vi kan tyvärr inte besvara medicinska frågor här.

Nyheter

2009-09-01	Register och Rätlinjedagar Stockholm den 29-29 januari 2010. msa.judo@karolinska.se
2009-09-01	SK-kurs (C) Kroniska artritler Stockholm den 15-19 mars 2010. www.ipul.se
2009-09-01	EULAR Rom, Italien den 16-19 juni 2010. www.eular.org
2009-09-01	Cutting Edge Lund den 27 augusti 2010.
2009-09-01	SK-kurs (B) Interstitiella lungsjukdomar Stockholm den 29 september - 1 oktober 2010. www.ipul.se
2009-09-01	SK-kurs (C) Organmanifestationer vid reumatisk sjukdom Umeå den 4-8 oktober 2010. www.ipul.se
2009-09-01	1st World Congress on Systemic Sclerosis Firenze, Italien den 11-12 februari 2010. www.eimgroup.eu/2010/Scleroticscongress

Webbredaktör Ola Börjesson

REU-KALENDERN 2010



Adresser för att finna kurser och utbildningar:

EULAR – www.eular.org

ACR – www.rheumatology.org

19–21 januari 2010	Reumatologisk epidemiologi mehkril@wyeth.com	Halmstad
28–29 januari 2010	Register- och riktlinjedagar inga.lodin@karolinska.se	Stockholm
11–13 februari 2010	1st World Congress on systemic sclerosis www.aimgroup.eu/2010/scleroticcongress	Florence, Italien
11–12 mars 2010	Bilddiagnostik – vidareutbildning för specialister kristina.forslind@skane.se	Helsingborg
15–19 mars 2010	SK-kurs (C) Kroniska artrit www.ipuls.se	Stockholm
18–19 mars 2010	SLE – modern behandling, diagnostik och utredning henrik.karlen@ucb.com	Skåne
24–25 mars 2010	Smärta och smärtbehandling vid reumatiska sjukdomar, kurstillfälle 1 ralph.nisell@karolinska.se	Stockholm
21–23 april 2010	SRFs vårmöte johan.bratt@karolinska.se	Stockholm
6–7 maj	Nationella ST-dagar i reumatologi eva.klingberg@vgregion.se	Göteborg
9–12 maj 2010	Scandinavian Congress of Rheumatology www.scr2010.no	Bergen, Norge
19–20 maj 2010	Smärta och smärtbehandling vid reumatiska sjukdomar, kurstillfälle 2 ralph.nisell@karolinska.se	Stockholm
16–19 juni 2010	EULAR www.eular.org	Rom, Italien
27 augusti 2010	Cutting Edge tore.saxne@med.lu.se	Lund
9–10 september 2010	SLE – modern behandling, diagnostik och utredning henrik.karlen@ucb.com	Stockholm
29 september – 1 oktober 2010	SK-kurs (B) Interstitiella lungsjukdomar www.ipuls.se	Stockholm
4–8 oktober 2010	SK-kurs (C) Organmanifestationer vid reumatisk sjukdom www.ipuls.se	Umeå
6–11 november 2010	ACR www.rheumatology.org	Atlanta, USA
1–3 december 2010	Läkarstämman www.svls.se	Göteborg
25–28 maj 2011	EULAR www.eular.org	London, UK