



Psoriasisartrit

– av Ingemar Petersson och Björn Svensson



utgiven av
Reumatikerförbundet

Innehåll

Om psoriasisartrit PsoA	3
Ledsjukdomarnas orsaker	4
Symtom vid psoriasisartrit	5-6
Att ställa diagnosen PsoA	7
Behandling av psoriasisartrit	8-10
Prognos för psoriasisartrit	10
Vårdinstanser	10
Christina 46 år	12
Sjukhus för reumatiker	13
Detta är Reumatikerförbundet	14-15
Psoriasisförbundet	15

Denna broschyr vänder sig till dig som vill veta mer om psoriasisartrit. Broschyren ger inte en fullständig bild av sjukdomen men vår förhoppning är att den kan komplettera din bild av den. Om du har frågor angående sjukdomen ska du i första hand vända dig till en läkare. De läkemedelsnamn som nämns i broschyren är exempel och ska inte ses som rekommendationer. Reumatikerförbundet rekommenderar inga enskilda läkemedel. Broschyren ingår i en skriftserie om reumatiska sjukdomar. Varje författare svarar för skriftens medicinska del och Reumatikerförbundet svarar för information om förbundet. Reumatikerförbundet svarar också för bildval och den grafiska formen.

*Broschyterna går att beställa från
Reumatikerförbundet
Box 12851, 112 98 Stockholm
Telefon: 08-505 805 00
Fax: 08-505 805 50
E-post: info@reumatikerforbundet.org
Hemsida: www.reumatikerforbundet.org*

*Författare av Psoriasisartrit är med. dr Ingemar Petersson, docent på Universitetssjukhuset i Lund och docent Björn Svensson.
Grafisk form: Maj Söderman
Omslagsbild: Walter Hirsch, Studio Hirsch AB
Tryckt 2011, Exaktaprinting, Malmö*

Om psoriasisartrit - PsoA

Psoriasis är en kronisk hudsjukdom som förlöper i skov. Den drabbar tre-fyra vuxna per 100 någon gång i livet. Många behöver dock ingen eller endast lite hjälp av sjukvården. Det är välkänt att psoriasis kan ge symtom också från rörelseapparaten, leder, muskelfästen och rygg. Man talar då om psoriasisartrit, som här förkortas till PsoA. En person med psoriasis får då inflammationer i fingerleder, tåleder, knäleder eller andra leder. Även ryggradens leder kan drabbas liksom muskel- och senfästen.

Förekomsten av PsoA varierar i olika undersökningar mellan 0,1 och en procent av de befolkningar som studerats.

Allmänt om rörelseorganen

För att vi ska kunna röra vår kropp på det sätt vi vill, krävs att rörelseorganens olika delar fungerar och samverkar på ett tillfredsställande sätt. Skelettet utgör den fasta stommen som rör sig via lederna genom aktivering av muskler och senor, som fäster i benet.

Vissa leder har rörlighet i ett plan, till exempel fingerled och knäled, medan andra har rörlighet i olika plan (så kallade kulleleder), till exempel höftled och axelled. Äter andra leder står främst för stabilitet och har därmed mycket liten rörlighet, till exempel sakroiliakaleden baktill i bäckenet mellan höftben och korsben.

I ryggraden har varje led ganska liten rörlighet, men genom samverkande rörelser av många leder blir det ett stort rörelseutslag. Framtill i bröstkorgen finns förbindelser mellan revben och bröstben. Dessa består av brosk och ger en viss rörlighet, men är inte leder i egentlig bemärkelse.

Muskelnerna utövar sin effekt genom att dra ihop sig. Eftersom de oftast har ett fäste på vardera sidan om en led, medför muskelns sammandragning en rörelse i leden. Ibland sitter muskeln långt ifrån infästningsstället i benet, och kraften överförs då via en muskelsena. Det speciella stället där senan fäster i benet kallas för entes.

Ledsjukdomarnas orsaker



Psoriasis kan finnas på många ställen på kroppen. Det är vanligt på armbågar. Foto: Psoriasisförbundet.

Trots omfattande forskning är orsaksfaktorerna bakom de flesta ledsjukdomar fortfarande bara delvis kända. Detta gäller också PsoA. Forskningen pekar alltmer på att PsoA uppstår till

följd av att yttre faktorer samverkar med ärftliga anlag.

Undersökningar av hela arvmassan har påvisat arvsfaktorer som ökar risken för psoriasis och nyligen har man även funnit arvsfaktorer för PsoA.

Arvsfaktorerna kan vara av olika slag. Av stort intresse är de så kallade vävnadstyperna (HLA-typer), som ärvs efter bestämda mönster. Dessa vävnadstyper finns på ytan av många av kroppens celler, speciellt de celler som tillhör immunsystemet. Detta system styr kroppens försvar mot främmande intrång och håller reda på vad som är kroppseget och kroppsfrämmande. Vävnadstyperna påverkar kroppens reaktioner vid infektioner av virus eller bakterier. En överdrivet stark reaktion kan ge en ilsken inflammation, som i vissa fall kan bli långvarig och kronisk. En utebliven eller svag reaktion kan betyda att mikroorganismerna får fotfäste och kan breda ut sig.

Utöver vävnadstyperna deltar

många andra ämnen i det komplicerade samspel som karakteriserar kroppens immunförsvar. Däri ingår signalmolekyler som TNF och IL-13 (Interleukin-13), ämnen som förmedlar budskap från en cell till en annan. Rubbningar i detta samspel har betydelse för ledsjukdomars uppkomst och utveckling och studeras just nu intensivt av forskare världen över.

Man har vid undersökningar av stora grupper med PsoA funnit att vissa vävnadstyper förekommer oftare än slumpen skulle medföra. Så till exempel är risken för inflammation i sakroiliakaleder och ryggrad större hos dem som har en vävnadstyp som kallas HLA B-27, medan inflammation i perifera leder oftare än väntat ses vid vissa andra vävnadstyper. Vidare är risken för en person med psoriasis att få PsoA förhöjd i närvaro av signalmolekylen IL-13.

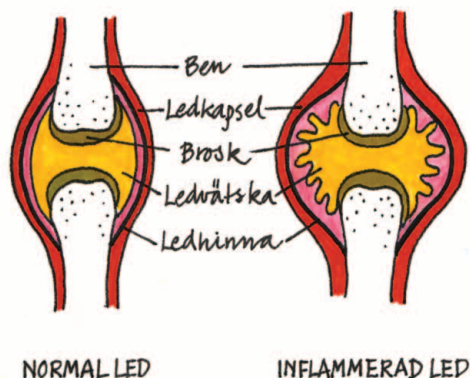
Det är dock viktigt att påpeka att de flesta människor som har dessa vävnadstyper är friska. Man har inte heller kunnat binda förekomsten av PsoA till infektion med någon speciell mikroorganism. Man har funnit belägg för att rökning, vissa infektioner och stress är faktorer som ökar risken för psoriasis. Risken för PsoA är ökad efter vissa vaccinationer och fysiskt trauma medan sambandet med rökning är oklart.

Symtom vid psoriasisartrit

Det är fortfarande inte i detalj känt hur starkt sambandet är mellan psoriasis och ledsjukdom. Det finns i den vetenskapliga litteraturen varierande uppgifter men aktuella sammanställningar talar för att av alla personer med psoriasis kommer mellan 20 och 30 procent att någon gång i livet drabbas av någon form av PsoA. Nya befolkningsundersökningar pågår för att få mer tillförlitlig kunskap om förekomsten. Således visar aktuella siffror från södra Sverige att 2-3 personer per 1000 vuxna individer drabbas av någon form av vårdkrävande PsoA.

De typiska tecknen på ledinflammation (artrit) är stelhet (framförallt på morgonen), rörelsesmärta, tryckömhet, svullnad, ökad hudtemperatur eller rodnad över leden. Senfästesinflammation (entesit, entesopati) medför smärta och tryckömhet över senans infästning i benet och smärta utlöses då respektive muskel drar sig samman.

I regel kommer hudbesvären först, ofta ett tiotal år före ledbesvären, men hos cirka 15 procent kommer ledbesvären först medan led- och hudsymtom debuterar samtidigt hos ytterligare 15 procent. Beroende på vilka leder eller senfästen som drab-



*Svullnaden i vissa leder; framförallt i knäleder, kan bli ganska påtaglig vid psoriasisartrit.
Illustration: Tove Gustafson*

bas, kan sjukdomen te sig mycket olika. Man kan urskilja ett antal former av PsoA, men blandformer förekommer.

Den oligoartikulära asymmetriska formen drabbar enstaka leder (oligoartikulär) med olikartad fördelning i de två kroppshalvorna (asymmetrisk). Det är vanligt att fingrarnas leder drabbas, speciellt de yttersta lederna, liksom tårnas, speciellt stortåns, ytterleder. Därutöver kan vilken extremitetsled som helst bli inflammerad, till exempel knä-, hand-, armbågs-, axel- eller höftled.

Den polyartikulärt symmetriska formen liknar ledgångsreumatism (reumatoid artrit) genom att drabba många leder (polyartikulär) likartat på båda sidor av kroppen (symmetri).



*"Korvtå"
(=daktylit) vid
psoriasisartrit
kan vara ganska
smärtsamt till följd
av svullnad och
inflammation.
Foto: Psoriasis-
förbundet.*

*Fingernaglar
drabbas relativt
ofta vid psoriasis.
Foto: Psoriasis-
förbundet.*



I fingrarna drabbas framförallt mellan- och grundlederna. Dessutom ses ett mer eller mindre utbredd engagemang av övriga extremitetsleder.

Den "klassiska" formen är mindre vanlig än ovanstående former. Den angriper de flesta av fingrarnas och tårnas ytterleder, medan den lämnar övriga leder intakta. Denna PsoA-variant är praktiskt taget alltid förenad med psoriasis i motsvarande nagel.

Mutilansformen är sällsynt, ses mest hos patienter med långvarig svår psoriasis. Vid denna form angrips fingrar och tår särskilt ilsket med risk för betydande nedsättning av hand- och fotfunktion.

Inflammation i ryggraden (spondylartrit) och i sakroiliakaleder (sakroiliit) ses hos cirka en tredjedel av dem som har PsoA. Ofta förlöper rygginflammationen utan symtom, ibland förorsakar den morgonstelhet, nattvärk och tilltagande rörelseinskränkning i ryggraden och inte sällan i nacken. Sakroiliit kan även

ge upphov till stundtals besvärande och långdragna smärtor i sätes- och korsryggsparti.

Vid pustulosis palmoplantaris (en psoriasisliknande hudsjukdom i fotsulor och handflator) kan man få inflammationer som oftast är lokaliserade till främre bröstkorgväggens fogar samt i nyckelbenslederna vid bröstbenet.

Inflammationer i sen- och muskelfästen (entesit eller entesopati) förekommer mycket ofta vid PsoA och kan ibland dominera sjukdomsbilden. Entesopati förekommer vanligen kring hälarna, runt höfterna och i bröstkorgen. Ömhet under hälen, akillesseninflammation med svullnad och smärta vid hälsnans fäste, smärtor kring höften och i bröstkorgen kan tyda på entesopati.

Daktylit kallar man den korvformade ansvällning av ett finger eller en tå som beror på vätskeansamling i mjukdelarna jämte inflammation i leder och senskidor.

Att ställa diagnosen PsA

Vanligen kan en erfaren läkare i tidigt skede ställa en säker diagnos enbart på förekomst av typiska ledbesvär samtidigt med psoriasis. Foto: Magnus Fröderberg



Vanligen kan en erfaren läkare ställa en säker diagnos i ett tidigt skede enbart på förekomst av typiska ledbesvär och hudförändringar som talar för psoriasis. Det centrala för en riktig diagnos är att man kan påvisa inflammationer i leder, rygg och senfästen. I avsaknad av inflammationstecken bör man överväga andra diagnosmöjligheter och noggrant följa sjukdomsförloppet.

Röntgen kan vara till hjälp, särskilt om besvären funnits under så lång tid att inflammationen hunnit efterlämna spår i skelettet. Det finns inga blodprover med vilkas hjälp man kan ställa diagnosen PsA. Blodprover används framför allt i två situationer. Den ena är vid tveksamhet om diagnos, då vissa prover kan leda tanken

till någon annan diagnos. Den andra är när det gäller att värdera graden av inflammation totalt i kroppens leder, då man kan ha hjälp av "sänkan" (=SR), CRP (C-reaktivt protein = "snabbsänka") och analys av vissa äggviteämnen i blodet. Någon gång kan bestämning av vävnadstypen HLA-B27 genom ett blodprov vara av värde för diagnosen vid rygginflammation. I övrigt krävs ytterligare forskning innan det lönar sig att bestämma någon av de arvsfaktorer som är förknippade med PsA.

Av intresse är att nagelförändringar förekommer hos cirka 80 procent av de individer med psoriasis som utvecklar ledinflammation, men endast hos cirka 20 procent av dem med okomplicerad psoriasis.

Behandling av psoriasisartrit

Någon botande behandling för PsoA finns inte. Tidigare var möjligheterna att påverka sjukdomsförloppet i medelsvåra och svåra fall begränsade. Nu kan man med moderna behandlingsmetoder ofta väsentligt minska besvären, förbättra ledfunktionen och förhindra komplikationer, speciellt om behandlingen insätts i tidigt sjukdomsstadium. En viktig del i behandlingen är information om sjukdomen och om hur man bör sköta sina leder, så kallade ledskolor eller patientskolor. Ledskolor anpassade för PsoA, så kallad psoriasisartritskola, finns på vissa reumatologiska enheter.

Ett optimalt omhändertagandet av personer med PsoA kräver att behandlingsarbetet samordnas i ett team där läkare, sjuksköterska,

arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator med flera ingår.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingen syftar till att lindra smärta och värk i leder och senfästen, dämpa den inflammatoriska reaktionen och förhindra att brosk och ben förstörs. Därigenom undviks eller undanröjs funktionshinder så att det dagliga livets aktiviteter, arbete, skötsel av hem, fritid med mera underlättas eller helt återgår till det normala.

Under senare år har man fått tillgång till mycket effektiva läkemedel lämpade att behandla personer med medelsvår och svår PsoA. Föra att kunna utnyttja dessa medel optimalt



En varm miljö förbättrar och underlättar vid psoriasisartrit. Foto: Humlegården

krävs att diagnosen PsoA ställs utan onödigt dröjsmål och att man så tidigt som möjligt gör en bedömning av sjukdomens utbredning och intensitet.

Nu finns ny kunskap som kan vägleda den behandlande läkaren till den ofta svåra bedömningen av om det kommer att utvecklas en mild, medelsvår eller svår sjukdom. Först när man gjort en sådan bedömning kan man sätta upp realistiska mål och välja rätt behandling ("målstyrd behandling"). Ett sådant mål kan vara att uppnå "minimal sjukdomsaktivitet", som innebär en avsevärd förbättring med hänsyn både till sjukdomens aktivitet och utbredning, endast måttliga symtom får finnas kvar.

Ibland måste man nöja sig med mindre långtgående mål. Därefter fattas beslut om hur kraftig behandling som behövs för att nå målet och vilken typ av läkemedel som förväntas ge bäst effekt. Behandlingen följs därefter upp noggrant med täta intervall så att man utan dröjsmål kan justera dos eller byta läkemedel om så behövs. Detta kallas "tight control", en mycket väsentlig men resurskrävande del av behandlingen.

NSAID -preparat (NSAID = Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)

Läkemedel som Alvedon och Panodil kan ge smärtlindring men påverkar ej den inflammatoriska reaktionen. Det gör däremot NSAID-preparaten bland vilka acetylsalicylsyra var föregångaren

men som har den nackdelen att i stor utsträckning ge besvär från magslemhinnan. Numera använder man i stället moderna varianter av NSAID som ger färre biverkningar. Dessa preparat kan ge god, ibland mycket god effekt på smärta och stelhet i lindriga fall av PsoA.

Inflammationsdämpande läkemedel

Kortison är ett effektivt inflammationsdämpande medel men bör användas med stor försiktighet på personer med psoriasis eftersom psoriasissjukdomen allvarligt kan förvärras när man slutar med kortison. Detta gäller dock inte kortisoninjektioner (se nedan). I vissa fall kan man dock tvingas använda kortison i tablettform, oftast för att hålla en svår, högaktiv sjukdom i schack i avvaktan på effekt av insatt annan behandling.

Sjukdomsmodifierande läkemedel, främst Methotrexate® används vid medelsvår eller svår PsoA och har effekt framför allt på ledinflammation, naglar och hud medan man inte kunnat påvisa någon mer påtaglig effekt på ryggsymtom, entesit eller daktylit.

Biologiska läkemedel av typ TNF-hämmare har man på senare tid börjat använda vid medelsvår och svår PsoA. Dessa läkemedel, som reglerar och normaliserar de ökade nivåerna av den inflammationsdrivande signalmolekylen TNF har visat sig helt överlägsna tidigare använda läkemedel vid PsoA med goda effekter på såväl hud som

De läkemedelsnamn som nämns i broschyren är exempel och ska inte ses som rekommendationer. Reumatikerförbundet rekommenderar inga enskilda läkemedel.

De läkemedelsnamn som nämns i broschyren är exempel och ska inte ses som rekommendationer. Reumatikerförbundet rekommenderar inga enskilda läkemedel.

alla lokalisationer av PsoA och med mycket påtagligt förbättrad funktion och livskvalitet. Även om mer eller mindre allvarliga biverkningar kan inträffa får biverkningsriskerna anses fullt acceptabla. Behandlingen skall dock alltid skötas av reumatolog-specialist. Dessa nya läkemedel ges i form av regelbundna injektioner eller som dropp. Om dosering och kontroller sköts på ett riktigt sätt så tål patienten oftast dessa kraftfulla mediciner bra och kan dra nytta av en god effekt under lång tid.

Kortisoninjektioner

Kortisoninjektioner i leder och i vissa (men inte alla) senfästen är en mycket viktig behandlingsform. Man kan med stöd av modern forskning känna sig trygg med att kortisoninjektioner med de doser och på det sätt som vanligtvis används i Sverige idag, är förenade med mycket små risker, både kort- och långsiktigt. Nyttan är oftast mycket stor med snabbt återvunnen rörlighet, minskad smärta och stelhet. Ofta blir effekten bestående under flera månader. Kortisoninjektioner används speciellt när endast enstaka leder ger problem.

Fysikalisk terapi

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten har viktiga uppgifter i behandlingen. De flesta behandlingarna syftar till patientens egna aktiva åtgärder som träning och fysisk aktivitet. Smärtlindring och förbättrad ledfunktion kan åstadkommas med

ett flertal olika metoder, vars värde varierar från fall till fall: avlastning, rörelseträning (gärna i bassäng), värmebehandling (till exempel värmeinpackningar, paraffinbad och ultraljud). Att vara fysiskt aktiv och träna är bra för både leder, muskler och för skelettet. Smärtlindring kan ibland uppnås genom blockering av smärtsignalerna med akupunktur eller TENS (svaga elektriska impulser). Arbets- och bostadsanpassning kan i vissa fall bli aktuella.

Kirurgisk behandling

Reumakirurgin har på senare tid utvecklats mycket snabbt. Genom operationer kan man idag förbättra funktion och minska smärta i många leder. Detta kan ske genom att ledproteser sätts in eller andra typer av ingrepp. Kirurgiska behandlingsmetoder blir aktuella först då andra behandlingar har givit otillräcklig effekt.

Hudsjukdomen i sig innebär inga hinder för kirurgisk behandling.

Behandling av hudsjukdomen

Det finns olika uppgifter om huruvida hudsjukdomens svårighetsgrad påverkar ledproblemens art och grad. Det är dock lämpligt att en person med besvärande hudpsoriasis också har kontakt med en hudläkare (dermatolog). Läkemedelsbehandling med Methotrexate® eller biologiska läkemedel har ofta en gynnsam effekt på både hudsjukdomen och lederna.

Prognos

PsoA är vanligtvis en relativt lindrig sjukdom i så måtto att de funktionshinder som inträffar oftast är begränsade till enstaka leder eller ledområden. Vidare behöver man normalt inte räkna med att inre organ drabbas. De flesta med PsoA kan leva ett tämligen normalt liv beträffande arbete, fritidssysselsättningar, samliv med mera även om

smärtorna periodvis kan inskränka funktionen. Även om man spekulerar över ärftliga faktorerers betydelse för sjukdomens uppkomst är det påfallande sällan man som reumatolog ser mer än ett fall av PsoA i samma familj. Risken att barn till föräldrar med PsoA också ska få sjukdomen förefaller därför vara liten.

Vårdinstanser

Om man har problem med sina leder och misstänker eller vet att det rör sig om PsoA, bör man i första hand vända sig till sin allmänläkare/distriktsläkare. De flesta läkare inom primärvården har idag kunskap om och erfarenhet av ledsjukdomar och kan vid behov remittera till reumatolog eller dermatolog. På många vårdcentraler har man dessutom

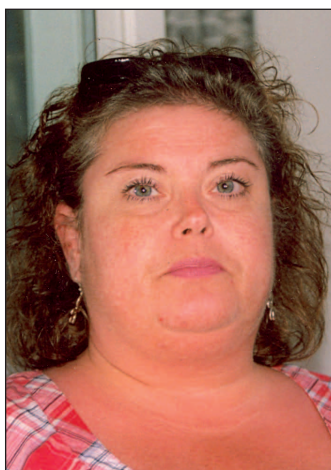
regelbundet samarbete med reumatolog som konsultläkare. Svårare fall remitteras till sjukhusanslutna vårdteam bestående av reumatolog, reumaortoped, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och sjuksköterska.

Slutligen ska det naturligtvis nämnas att Reumatikerförbundet gärna bidrar med råd och stöd.

Reumatiska sjukdomar är allvarliga, drabbar många, i alla åldrar och mer pengar behövs till forskning.

Stöd forskningen - sätt in ditt bidrag på plusgiro 90 03 19 - 5, bankgiro 900-3195

– Jag har inte mycket energi över till annat än arbete och föreningen



När fick du din diagnos?

– Det var 1996. Det började med ont i händerna och

vårdcentralen trodde att det var RA, men efter att jag fått remiss till reumatologen och flera prover togs, så visade det sig att det var psoriasisartrit. Jag har ingen psoriasis. Det har däremot min pappa, så kanske har jag fått arva den delen.

Vilka mediciner tar du?

– För min psoriasisartrit får jag Humira, Metoject och Arcoxia. Arcoxia hjälper mig att komma igång på morgonen när jag är helt otroligt stel.

Vilka hjälpmedel använder du dig av?

– Jag har toaförhöjning och duschstol. Och så har jag förstörande grepp bland köksredskapen. Jag använder käpp, rullator och rullstol.

Hur påverkar sjukdomen ditt liv?

– Jag jobbar fortfarande halvtid som lärare. På den andra halvan har jag sjukpension och tur är det för de dagar som jag har jobbat så orkar jag inte göra något på kvällen. Det är bara vila som gäller. Det blir inte mycket energi över till fritidssysselsättningar.

– Jag är aktiv i reumatikerföreningen i Umeå, där jag är ordförande och så är jag studieorga-

nisator i reumatikerdistriktet. Föreningsarbetet är verkligen kul, tycker jag. Vi försöker lägga våra träffar på sådana dagar då jag inte arbetar.

Innan Christina blev sjuk var hon mer ute i svängen, träffade kompisar och dansade. Dansa kan hon över huvud taget inte göra längre.

Fiska och plocka bär tycker Christina om.

– Bärplockning är lite svårt, om det inte är gott om bär, så att jag bara kan sätt mig och plocka runt omkring mig.

Har du något tips till dem som nyligen insjuknat?

– Stå på dig! Se till att få komma till en specialist. Jobba inte heltid. Det tar tid att vara sjuk och man ska orka göra något utöver att jobba.

– Gå med i reumatikerföreningen. Där får du träffa andra i samma situation och du kan få tips på olika lösningar. Ta reda på allt du kan om hjälpmedel, din diagnos, Försäkringskassan med mera. Det har du nytta av.

– Var öppen mot din arbetsgivare och kamrater. På så sätt får du en ökad förståelse för din situation. Många försöker hemlighålla sin sjukdom, men det är i alla fall inget som jag rekommenderar.

När blev du medlem i Reumatikerförbundet?

– Jag gick med ganska snabbt. 1997 tror jag att det var. Ville träffa andra likasinnade. Tyvärr var det inte så lätt i min förening då. Den bestod mest av "gruppen för inbördes beundran". Nu försöker vi fånga in nysjuka, men det är inte så lätt.

Vilka är förbundets viktigaste framtidsfrågor?

– Forskningen! Det betyder ju också att det måste samlas in mer pengar till Reumatikerfonden. Informationen till nya medlemmar om diagnoser och organisationen är också viktig. Reumatikervärlden är superbra, tycker jag.

Sjukhus för reumatiker

Utanför Halmstad finns Sveriges enda reumatikersjukhus, Spenshult, med specialiserad och mycket kvalificerad reumatikervård. Sjukhuset, som tar emot patienter från hela landet på remiss, erbjuder diagnostik, vård och rehabilitering. Vården innebär ett samspel mellan patienten och ett vårdteam bestående av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.

Varmvattenbassänger och trä-

ningshallar finns för funktionsträning. Dessutom finns det utrymme för individuell träning.

Sjukhuset bedriver även specialistutbildning för läkare i reumatologi.

Vill du veta mer?

Tag gärna kontakt med:

Spenshult

313 92 Oskarström

Telefon: 035-263 50 00

www.spenshult.se

Spenshults vackra exteriör. Foto: Anders Arhammar



Detta är Reumatikerförbundet

Reumatikerförbundet är en intresseorganisation för dig som har en reumatisk sjukdom och för din familj. Reumatikerförbundet arbetar för bättre villkor för reumatiker inom olika samhällsområden; vård, omsorg, utbildning, arbetsmarknad med mera.

Träffa andra

I din reumatikerförening kan du möta andra med samma diagnos som du själv. I föreningen erbjuds olika typer av verksamhet. Det kan vara bassängträning eller andra anpassade rörelseaktiviteter, informationsmöten om diagnoser och forskning, medlemsstöd, studiecirklar med mera. Studiecirklarna kan handla om en specifik diagnos, men det kan också vara olika hantverks-cirklar. Kontakta föreningen på din ort och kolla vad just de erbjuder för dig med psoriasisartrit.

Varje län utgör ett reumatikerdistrikt och i flertalet av kommunerna finns det en reumatikerförening.

På Reumatikerförbundets hemsida www.reumatikerforbundet.org finns mycket information och användbara länkar, bland annat till alla föreningar.

Reumatikerförbundet erbjuder även kurser för dig som just fått en diagnos med möjlighet att möta andra i samma situation. Mer information finns på Reumatikerförbundets hemsida.

Frågor

Du kan vända dig till Reumatikerförbundet med frågor eller, när det gäller diagnoser, till Reuma Direkt 020-20 20 35 som är en frågelinje vid Spenshults reumatikersjukhus.

Information

Reumatikerförbundet har tagit fram material, dels om olika diagnoser, dels om annat som du kan ha glädje av att veta. Några tips:

Det finns **15 olika sjukdomsbroschyrer**. Dessa kostar 10 kronor för medlemmar och 15 för icke medlemmar. Se baksidan på detta häfte vilka diagnoser som ingår i broschyrserien.

Häftet **"Bra att veta"** tar upp mycket som är bra att veta för en reumatiker om vård, rehabilitering, stöd och ersättningar och om Reumatikerförbundet (medlemsrabatter, bidrag och stipendier m m). Finns på hemsidan för nedladdning

Material kan rekvireras från

Skantz Distribution AB, Optimusvägen 12D, 194 34 Upplands Väsby, fax 08-590 956 51, e-post order@skantzdistribution.se eller köpas direkt genom vår e-butik på förbundets hemsida, där också allt vårt material finns presenterat. Till alla beställningar tillkommer expeditionsavgift 40 kronor och porto.



Som medlem i Reumatikerförbundet får du bland annat:

- Information om reumatiska sjukdomar.
- Olycksfallsförsäkring som omfattar dina resor till och från ett reumatikerförbundsarrangemang. Du är även försäkrad under den tid du deltar i arrangemanget.
- Möjlighet att söka bidrag från Reumatikerförbundet till bland annat rehabiliteringsresor. Du måste ha varit medlem i minst tre år för att få söka bidrag.
- Medlemstidning (6 nummer/år)
- Delta i distriktens och föreningarnas arrangemang.
- Medlemsrabatter.

Reumatikerförbundet

Box 12851 112 98 Stockholm
Besöksadress: Alströmergatan 39
Tel: 08-505 805 00 Fax: 08-505 805 50
E-post: info@reumatikerforbundet.org
Hemsida: www.reumatikerforbundet.org

Psoriasisförbundet

Psoriasisförbundet är en intresseorganisation för människor med psoriasis och psoriasisartrit. Förbundet bevakar medlemmarnas intressen i viktiga samhällsfrågor och bedriver påverkansarbete, där god och jämlik psoriasisvård för alla i hela landet står i fokus. Målsättningen är att alla med psoriasis ska kunna leva ett bra liv.

Psoriasisförbundet har cirka 18500 medlemmar samt 21 region/länsavdelningar och drygt 70 lokalavdelningar spridda över hela landet.

Genom olika informations- och utbildningsinsatser vill man öka kunskapen om sjukdomen hos medlemmar och allmänhet. Som medlem erbjuds du råd och stöd i vardagen samt mötesplatser för erfarenhetsutbyte. Psoriasisförbundet arrangerar även föreläsningar och andra lokala aktiviteter. Medlemstidningen

Psoriasistidningen utkommer med sex nummer per år.

Förbundet Ung med psoriasis är en ungdomsorganisation för barn och ungdomar med psoriasis och psoriasisartrit. Målgruppen är 7-30 år.

Psoriasisförbundets egen forskningsfond, Psoriasisfonden, är den största bidragsgivaren till forskningen kring psoriasis i Sverige.

Mer information finns på www.psoriasisforbundet.se och www.ungmedpsoriasis.se. Här finns även särskilda medlemssidor med fakta och tips för dig som lever med psoriasis och psoriasisartrit.

Telefonnumret till Psoriasisförbundet är 08-600 36 36, e-post: ps0@ps0.se.

I REUMATIKERFÖRBUNDETS SKRIFTSERIE INGÅR

- ANKYLOSERANDE SPONDYLIT - AS (BECHTEREWS SJUKDOM) ART NR 61051
 - ARTROS ART NR 61055
 - DEN REUMATISKA FOTEN ART NR 61049
 - FIBROMYALGI ART NR 61050
 - GIKT ART NR 61044
- IDIOPATISK LEDINFLAMMATION HOS BARN OCH UNGDOMAR ART NR 61056
 - OSTEOPOROS ART NR 61048
 - POLYMYALGIA REUMATIKA ART NR 61057
 - PSORIASISARTRIT ART NR 61058
 - REUMATISKA MJUKDELSSMÄRTOR ART NR 61052
 - REUMATOID ARTRIT - RA ART NR 61053
 - SJÖGRENS SYNDROM ART NR 61059
 - SLE ART NR 61054
 - SYSTEMISK SKLEROS (SKLERODERMI) ART NR 61047
- WEGENERS OCH ANDRA SMÅKÄRLSVASKULITER ART NR 61043